

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°
291

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par René VILLARD

Né à Lizières (Creuse), le 10 juin 1884

Ancien interne de l'Hôpital du Mans

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin

Membre correspondant de la Société Anatomique

L'Hydropisie de la Vésicule biliaire

Président : M. ACHARD, professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1910

THÈSE

291
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Par René VILLARD

Né à Lizières (Creuse), le 10 juin 1884

Ancien interne de l'Hôpital du Mans

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin

Membre correspondant de la Société Anatomique

L'Hydropisie de la

Vésicule biliaire



Président : M. ACHARD, professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY.
Professeurs MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....	{ WIDAL
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHAUFFARD.
	ROGER.
Clinique médicale.....	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Clinique des maladies des enfants.....	BALLET (GILBERT)
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RECLUS.
Clinique chirurgicale.....	{ SEGOND.
	{ QUENU.
	{ DELBET.
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
	{ PINARD.
Clinique d'accouchements.....	{ BAR.
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNÉO.	LAUNOIS.	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANÇON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (ANDRÉ).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SIARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBÉ.	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible hommage de reconnaissance

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR CANNIOT,
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU DE SAINT-QUENTIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ACHARD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL NECKER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour à Saint-Quentin, nous avons eu l'occasion d'observer et de voir opérer une malade atteinte d'hydropisie de la vésicule biliaire. Ce cas nous a intéressé et nous avons cru devoir en faire le sujet de notre thèse. Nous nous sommes livré à des recherches aussi complètes que possible dans la littérature médicale française et étrangère.

A l'aide des documents que nous avons rassemblés, nous allons essayer de fixer l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection. Nous ne décrirons que l'hydropisie franche de la vésicule biliaire et nous n'entendrons sous ce nom que les cas où la vésicule est distendue par un liquide clair, ne présentant aucun des caractères de la bile. Les cas douteux seront discutés au diagnostic, mais nous n'en userons pas dans la description de la maladie.

Avant de commencer ce travail, nous prions M. le D^r Canriot, qui en fut l'inspirateur et qui fut aussi, pendant un temps malheureusement trop court, notre maître bienveillant et éclairé, de recevoir l'hommage de notre profonde et sincère reconnaissance.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le D^r Delagénère, dont nous sommes heureux d'avoir été l'in-

terne, pour l'enseignement chirurgical et les marques de sympathie qu'il nous a donnés.

Que M. le Professeur Achard veuille bien agréer l'expression de toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'histoire de l'hydropisie de la vésicule biliaire comprend deux époques :

1° Une première que l'on retrouve dans la vieille littérature médicale où l'hydropisie fut le plus souvent découverte au cours d'une autopsie ou reconnue au cours d'une ponction faite comme traitement ou comme moyen de diagnostic d'une tumeur de la vésicule même ou d'une autre tumeur de la région (abcès du foie).

2° Une deuxième où la ponction abandonnée, un traitement chirurgical rationnel fut employé, et de ce fait donna jour à de nombreuses observations.

Les cas les plus anciens que nous ayons pu réunir remontent au milieu du xvii^e siècle.

Glisson (1) trouva dans la vésicule d'une femme très cachectique une liqueur séreuse, pâle, de saveur fade.

Riedlin (2) et Dietrich (3) trouvèrent dans la vésicule biliaire un liquide clair, aqueux.

Grandchamp (4) vit dans une vésicule ossifiée un liquide gris, transparent, gélatineux, sans saveur et sans odeur.

De Haen (5) trouva dans le cadavre d'un enfant de deux

(1) GLISSON, *Anatomia-hepat.* Londini, 1654, cap. 39, § 372.

(2) RIEDLIN, *Lincae medicae*, 1695, Obs. XVIII, § 338.

(3) DIETRICH, *Observationes quædam rariores de calculis*, 1788.

(4) GRANDCHAMP, *Recueil pér. de la Soc. de Santé de Paris*, t. I, an V, § 268.

(5) DE HAEN, *Ratio medendi*, pars IV, p. 132.

ans une vésicule distendue, remplie d'une bile absolument semblable à de l'eau et ne présentant aucune amertume. L'enfant était mort « d'hydropisie de la poitrine ».

Ruysch (1) rapporte un cas où par oblitération calculieuse du cystique la vésicule avait atteint six fois son volume normal.

Raymond (2) trouva dans le corps d'un homme dont l'hépatique et le cystique étaient fermés par des calculs une vésicule contenant un litre de liquide clair et séreux.

Marteau (3), dans le journal de Roux, rapporte un cas où la vésicule énormément dilatée contenait des calculs et 5 à 6 onces d'une matière lymphatique presque sans couleur et un peu gluante.

Cline (4) trouva dans un cadavre une vésicule remplie de liquide translucide, très filant, n'ayant aucunement la coloration de la bile. Le cystique était fermé. En même temps que la sérosité il y avait dans la vésicule quelques petits calculs noirâtres, irréguliers. « Vraisemblablement, dit-il, cette sérosité était sécrétée par les parois de la vésicule. Les nombreux vaisseaux qui parcouraient cette paroi semblaient la rendre entièrement propre à cette fonction. Les calculs étaient le fruit de cette sérosité. Aucun d'eux n'était un vrai calcul biliaire.

Cl. Bernard (5) raconte qu'en 1794 le Professeur Brug-

(1) RUYSCH, *Opera omnia anat. med. chirurgica*. Amsterdam, 1721.

(2) RAYMOND, *Traité des maladies qu'il est dangereux de guérir*, t. II, p. 243.

(3) MARTEAU, In journal de Roux, janvier 1768, t. XXVIII, p. 328-333.

(4) CLINE, *Sammlung auserlesener Abhandlungen*, 2. G. pr. Aerzte, 1791, Bd. 14, S. 262.

(5) CL. BERNARD, *Reils. Archiv*. Bd. 3, S. 478.

manns, faisant l'autopsie d'un cadavre, trouva une vésicule agrandie et demi-transparente. Le cystique était entièrement obstrué par un calcul. La vésicule était saine. Son contenu fut soigneusement examiné. C'était un liquide de la transparence de l'eau, de la consistance du blanc d'œuf et de la synovie, se laissant étirer en filaments. En l'abandonnant à une atmosphère chaude, il perdit sa viscosité et laissa déposer un mucus caséux. Dans un vase plat il se dessécha jusqu'à ne laisser qu'une membrane écailleuse. On n'y découvrit aucun alcali minéral. A la chaleur il prit une odeur fétide, devint trouble, exhala de l'ammoniac. Agité avec de l'eau, il la rendit filante. Les alcools et les acides ne provoquèrent aucune coagulation, mais précipitèrent une matière louche. Aucune modification par l'action des alcalis minéraux. Cl. Bernard conclut que le liquide ressemblait à de la synovie.

Taconi (1), dans une vésicule dont le conduit évacuateur était fermé, ne trouva pas de bile mais du « sérum ».

D'après Dieterich, il se trouvait dans la collection des préparations de Meckel une vésicule dont le cystique était oblitéré par un calcul et qui contenait de 8 à 9 onces de liquide.

Portenschlag-Ledermayer (2) l'ainé rapporte qu'un homme de 80 ans avait dans le courant de sa quarantième année, souffert souvent et longtemps de crampes d'estomac et de violentes douleurs sans que les moyens habituels l'aient soulagé. Asthmatique, il eut en outre une pneumonie

(1) TACONI, *Memorie di fisica*, t.I, p. 113-114.

(2) PORTENSCHLAG-LEDERMAYER, *Schrift über den Wasserkopf*, Wien, 1812, S. 539.

sérieuse. Puis tous accidents disparurent, et pendant 32 ans il n'eut à se plaindre que de légères douleurs rhumatismales et de temps en temps de nausées et de vomissements après trop bonne chère. Ses 80 ans à peine sonnés, il perdit l'appétit et s'affaiblit sans fièvre ni douleurs. Cet état dura quelques semaines jusqu'à ce que finalement il ne put rien absorber. On le nourrit avec des lavements alimentaires. Il mourut complètement épuisé. A l'ouverture du cadavre on constata l'intégrité des viscères et de l'estomac lui-même. La vésicule était plus grosse que de coutume, presque ronde comme une boule, dilatée par environ trois onces d'eau claire. Les parois étaient d'une blancheur éblouissante. Le cystique était entièrement oblitéré par un calcul de la grosseur d'une olive moyenne. Ce calcul était tant adhérent à la paroi qu'on ne pouvait l'en détacher.

En 1827, Sébastian (1) soutient à Heidelberg une thèse sur l'hydropisie de la vésicule biliaire et rapporte avec Tiedemann l'observation suivante : Dans le cadavre d'une femme de 40 ans, on trouva une vésicule doublée de volume. Le cystique était obstrué par un calcul à l'endroit précis où il s'unit à l'hépatique. La vésicule contenait un liquide clair semblable à du blanc d'œuf et se laissant étirer en filaments. En outre, on rencontra 13 calculs gris blanchâtre pesant 3 drachmes et 15 grains. Le liquide brillant se composait de mucus qui ne précipitait pas par l'acide acétique et contenait même un acide libre. Les

(1) SEBASTIAN, *Dissertation de hydropse vesiculæ felleæ*, Heidelbergæ, 1827, § 48.

calculs étaient formés de cholestérine, d'une matière colorante jaune, de phosphates et de carbonates de chaux.

Lespine (1), chez une femme de 61 ans, incisa une tumeur de l'hypocondre droit d'où firent issue une matière limpide et des calculs.

Schiefßer, en 1829, soutint sa thèse sur l'hydropisie de la vésicule.

De 1835 à 1847, plusieurs observations furent présentées à la Société anatomique.

Godin présenta une oblitération du col de la vésicule biliaire par un calcul globuleux du volume d'un pois. La vésicule était remplie par un liquide jaune filant semblable à de la synovie.

Sonnié-Moret (2) présenta un cancer du foie chez une femme très âgée ; le foie était parsemé de tumeurs encéphaloïdes ; la partie la plus altérée était au niveau de la vésicule. Le col et le canal cystique étaient oblitérés par la masse encéphaloïde. La vésicule contenait un liquide incolore. Les parois étaient fort épaisses et contenaient dans leur épaisseur, surtout à la partie supérieure, des petits calculs du volume d'un grain de chènevis.

Barth rapporta une dilatation de la vésicule formée par un calcul décoloré et un liquide incolore, aqueux, retenu dans cette poche par une cicatrice du cystique. Le cholédoque était perméable.

Deville (3) présenta une vésicule trouvée à Clamart sur

(1) LESPINE, In *journ. gén. de méd., ch. et ph.*, 14^e année, t. XXVII, p. 290-296.

(2) SONNIÉ-MORET, In *Bull. Soc. anat.*, t. X, p. 68.

(3) DEVILLE, In *Bull. Soc. anat.*, 21^e an., p. 242.

une jeune fille de vingt ans. Le col était complètement oblitéré par un calcul biliaire. L'intérieur de la vésicule était rempli par un liquide séreux, transparent, n'ayant aucune des qualités de la bile. La capacité de la vésicule était notablement augmentée. Les lymphatiques étaient dilatées et doublées de volume.

Delacaze-Duthiers présenta une oblitération du cystique par calcul ; le liquide était incolore, filant, blanchâtre ; la muqueuse avait perdu son aspect normal.

Santo-Nobili (1), chez un homme de 39 ans, ouvre à la potasse une tumeur de l'hypocondre. Il s'écoule une grande quantité de matière blanche inodore. Le trajet est dilaté à l'éponge ; il sort un gros calcul piriforme de 2 pouces $\frac{1}{2}$ de long sur 8 lignes d'épaisseur et un flot de bile.

En 1850, Gubler (2) fait analyser par Quévenne un liquide hydropique trouvé dans une vésicule séquestrée et dont nous donnerons le résultat au cours de ce travail.

En 1856, Frerichs rapportait un cas où l'hydropisie de la vésicule était restée indolore et stationnaire. Il s'agissait d'une femme de 60 ans entrée à l'hôpital de Breslau le 3 mai 1856. Elle avait été prise le 1^{er} mai de frissons, de douleurs violentes dans le côté droit, de nausées et de constipation. On sentait sur le bord du foie une tumeur piriforme tendue, extrêmement lisse. Le volume de la rate et celui du foie étaient normaux. Pas d'ictère. Traitement médical. Au bout de 6 jours les douleurs avaient disparu.

(1) SANTO-NOBILI, In *Ann. univ. di med.*, février 1847.

(2) GUBLER, In *Comptes rendus et mém. de la Société de biologie*. Paris, 1850, in-8°, p. 145.

La tumeur devint molle. L'appétit revint. Quatre semaines après la tumeur ne s'était pas modifiée et la malade, ne ressentant aucune douleur, partit.

En 1866 (1), le même auteur faisait paraître son *Traité des maladies du foie*, notait les cas de distension extrême de la vésicule au cours de l'hydropisie, remarquait la disparition de la muqueuse et parfois le remplacement de l'épithélium cylindrique normal par un épithélium pavimenteux.

La seconde période commence avec Tudichum, Bobbs, conseillant la cholécystotomie en deux temps. Puis Meredith pratique la cholécystotomie idéale et Mac Gill (2), en 1884, l'applique avec succès à un cas d'hydropisie vésiculaire.

Successivement Lawson Tait et Langenbuch apportent l'un la cholécystostomie, l'autre la cholecystectomy.

En 1892, Rendu fait à Necker une célèbre leçon sur une malade que devait opérer Tuffier.

En 1894 paraît la thèse de Morin à laquelle nous avons emprunté un certain nombre d'observations, laissant de côté celles qui ne nous paraissent pas répondre à la conception que nous nous sommes faite de l'hydropisie de la vésicule biliaire.

Depuis, les observations se sont multipliées. Les Congrès de chirurgie, dans des discussions où prirent part les professeurs Terrier, Hartmann, Delbet, ont abordé et éclairé cette question, et enfin à la suite d'Andral, de Barth et Besnier, Villard et Cotte, en 1908, ont fait connaître l'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire.

(1) FRERICHs, *Traité pratique des maladies du foie*, 1806.

(2) MAC GILL, *Brit. med. Journal*, octobre 1884.

ÉTIOLOGIE

L'hydropisie de la vésicule biliaire se rencontre à tous les âges de la vie. Mais elle affecte une prédilection pour l'âge mur et on la trouve surtout entre trente et cinquante ans. Sur 131 observations où les âges sont rapportés nous notons :

- 2 cas de 10 à 20 ans.
- 25 cas de 20 à 30 ans.
- 37 cas de 30 à 40 ans.
- 33 cas de 40 à 50 ans.
- 21 cas de 50 à 60 ans.
- 8 cas de 60 à 70 ans.
- 5 cas de 70 à 80 ans.
- 1 cas au-dessus de 80 ans.

De Haen cite un cas d'hydropisie chez un enfant de deux ans, mais il paraît douteux.

La femme est plus souvent atteinte que l'homme, ceci en rapport avec la fréquence plus grande chez elle de la lithiase biliaire. Sur 143 observations, il y a 127 femmes et 18 hommes soit une proportion 7 pour 1. Si l'on considère l'influence du sexe sur les causes déterminantes, on note dans l'obstruction calculieuse 9 femmes pour 1 homme ; dans les autres causes d'obstruction dont nous donnons 14 observations nous comptons 10 femmes et 4 hommes, soit un rapport de 3 1/2 pour 1.

Il ne semble pas qu'il existe d'autres causes prédisposantes que l'âge, le sexe et la lithiase.

La grande cause déterminante de l'hydropisie de la vésicule biliaire, c'est l'oblitération calculeuse du cystique. Sur 145 observations, nous la trouvons présente 122 fois. Dans 13 autres cas, les calculs ne se sont pas fixés dans le cystique ; mais leur migration a irrité les parois ; il s'est fait de l'angiocholite adhésive et de l'oblitération cicatricielle. Viennent ensuite par ordre de fréquence les oblitérations du cystique par néoplasme du cystique lui-même (2 cas) ou du confluent cystico-hépatique (2 cas), les coutures par tiraillements et adhérences aux organes voisins, par hépatoptose, les étranglements par brides (4 cas). Il faut citer encore la compression par les tumeurs du voisinage, néoplasmes du foie (1), cancer de la tête du pancréas, abcès de la région (2), anévrysme de l'artère hépatique (Stokes), l'obstruction du canal par entozoaires engagés dans la lumière (Coley cité par Harley ; Meckel cité par Sébastian) et enfin l'atrésie congénitale (3).

L'hydropisie intermittente est due à une oblitération temporaire du cystique réalisée le plus souvent par un calcul ou une couture mais qui a pu l'être aussi par la viscosité du contenu (4).

(1) Voir Historique, obs. Sonnié-Moret.

(2) Ob. VII (Lindner).

(3) Obs. CXXII (Torrald Sollmann).

(4) VILLARD, *Presse médicale*, 5 janvier 1910.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'anatomie pathologique, nous allons rappeler brièvement l'anatomie normale des voies biliaires afin de rendre plus facile l'étude des lésions que nous exposerons plus loin.

Les voies biliaires extra-hépatiques comprennent le canal hépatique qui émerge au niveau de la partie droite du sillon transverse et se continue d'une part avec le canal cystique allant aboutir à la vésicule biliaire et, d'autre part, avec le canal cholédoque qui se termine dans le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater. Nous n'insisterons que sur le canal cystique et la vésicule biliaire qui seuls nous intéressent dans le cas présent.

Le canal cystique s'étend du bassinot de la vésicule au cholédoque. Sa longueur est en moyenne de 35 à 45 millimètres, son diamètre de 3 à 4 millimètres. Il est irrégulièrement calibré et présente des valvules (Heister).

Sa structure est celle de la vésicule biliaire ; les fibres musculaires y forment des faisceaux longitudinaux ; il n'y existe pas de fibres circulaires (Charcot et Pitres).

La vésicule biliaire est située à la face inférieure du foie, immédiatement en dehors du lobe carré, dans la dépression connue sous le nom de fossette cystique et fixée dans cette fossette par un repli péritonéal. Elle a le plus souvent la forme d'une poire à grosse extrémité dirigée en avant et en bas. Elle mesure 9 à 11 centimètres de lon-

gueur, 35 à 40 millimètres de largeur. A l'état de distension moyenne elle renferme 50 à 60 centimètres cubes de bile. Mais ses parois sont extensibles et on ne peut introduire dans sa cavité 150, 200, 250 centimètres cubes d'eau sans produire de rupture (Testut). On lui distingue trois portions ; une portion inférieure ou fond ; une portion moyenne ou corps ; une portion supérieure ou col, cette dernière se continuant avec le canal cystique. Sa paroi est formée de dehors en dedans par une couche connective fibreuse, une assise musculaire consistant en un réseau délicat de fibres lisses à disposition plexiforme et par une muqueuse qui présente une série de relèvements en forme de crêtes. L'épithélium est cylindrique et à plateau strié épais. Il y a quelques glandes et des cellules caliciformes (Renaut).

*
* *

Au cours de la distension hydropique, la vésicule se dégage de sa loge, fait nettement saillie dans l'hypochondre droit et descend plus ou moins bas dans la cavité abdominale. Son orientation varie peu ; son fonds regarde en bas ; mais elle peut abandonner sa position normale vis-à-vis du foie pour se placer transversalement (1). Elle garde le plus souvent sa forme de poire. Mais parfois elle ressemble à une outre, à un œuf d'oie, à une orange (Popp) (2), son volume est variable ; modérément dilatée, de la grosseur d'un mandarine, elle peut atteindre le volume d'un poing d'adulte, d'une tête d'enfant (Kehr-

(1) Obs. CIII.

(2) Obs. CIII, CIV, CV.

Brousson) (1), occuper la plus grande partie du ventre. Son aspect, lui aussi, est variable. Elle est parfois de coloration gris verdâtre (2), parfois rouge brun ou violacé (3), et semblable à une aubergine, parfois brun grisâtre (4), le plus souvent gris blanchâtre, blanc rosé, d'apparence absolument kystique avec une paroi blanche chatoyante, opaline et demi-transparente (5). Dans un cas de Barth et Marfan, elle était sillonnée de nombreux vaisseaux. Ses parois sont amincies, fragiles comme une feuille de papier ou bien épaissie, atteignant un demi-centimètre, un doigt même d'épaisseur dans un cas de Franck cité par Sébastian, semblable à une paroi d'estomac dans une observation de Peugniez (6). Elles peuvent être friables et se déchirer sous le doigt. Souvent modérément vascularisées, elles ont pu donner lieu à des hémorragies parenchymateuses violentes (Ringstedt) (7). La face interne est rouge et réticulée, ou brillante ou terne et comme lavée. Les plis normaux ont souvent disparu. Un tissu cicatriciel lisse peut avoir envahi la plus grande partie de la muqueuse et le dessin papillaire ne subsister qu'en de rares endroits (Kehr) (8). Il peut y avoir des aspérités, des épaississements en bosses, des végétations (9). On ren-

(1) Obs. III, LXXXII, XLIV, etc.

(2) Obs. CXXXIV.

(3) Obs. CVII.

(4) Obs. CIV.

(5) Obs. CIII, LXVI, XXXIV, LIV, etc.

(6) Obs. CVIII.

(7) Obs. CVI.

(8) Obs. LXXX.

(9) Obs. LXXX.

contre aussi de petits ulcères en voie de cicatrisation dont le siège plus fréquent dans le col coïncide avec l'irritation calculieuse.

Microscopiquement les parois vésiculaires subissent des modifications diverses. Elles s'hypertrophient et se sclérosent en même temps que la vésicule se distend, ou bien elles s'amincissent au point de devenir transparentes au cours d'une dilatation rapide ou d'une simple distension atonique. Dans la planche que nous rapportons, la vésicule est épaissie. La paroi mesure 3 mm. $1/2$; elle est transformée en un tissu conjonctif dense, légèrement stratifié. Il n'y a plus de trace de sous-muqueuse ou de muqueuse. Les diverticules glandulaires ont complètement disparu. On retrouve quelques traces des fibres musculaires perdues dans le tissu conjonctif. Les assises péritonéales de la couche externe n'existent plus. On note une vascularisation très développée dans toute l'épaisseur de la paroi. Par places on trouve quelques amas de polynucléaires disséminés sans siège de prédilection. Ces lésions de cholécystite scléreuse sont souvent moins prononcées ou modifiées. Dans quelques cas la muqueuse est normale, l'épithélium cylindrique conservé (1); il peut disparaître au niveau des crêtes et être remplacé par un épithélium pavimenteux. Parfois le chorion est envahi par un tissu fibreux adulte au milieu duquel on aperçoit à peine quelques fibres musculaires (2). La tunique externe peut être seule épaissie (3); elle peut n'avoir pas que subi

(1) Obs. LXI.

(2) Obs. LXI.

(3) Obs. CXXVIII.

la transformation fibreuse et présenter une hyperplasie considérable de ses fibres musculaires lisses qui, à l'état normal, se mêlent aux fibres lamineuses qui composent la tunique cellulaire (1). « Il y a alors là, dit Peugniez, une véritable couche de tissu musculaire interposé à la muqueuse et à la séreuse, tout un feutrage de longues cellules à fibres lisses, réalisant comme une paroi surajoutée à celles qui, normalement, constituent les tuniques de la vésicule. »

Dans d'autres vésicules les parois sont amincies ; les papilles de la muqueuse disparaissent ; les épithéliums s'aplatissent et s'évanouissent par atrophie et par l'effet de la pression et des troubles circulatoires qui se produisent. A la place de la muqueuse on trouve parfois un tissu hyalin dégénéré contenant de nombreuses cellules à grains graisseux entremêlées de cellules fuselées et rondes et rappelant entièrement l'apparence de l'intérieur de l'aorte épaissi par l'athérome (2). Il n'existe le plus souvent que de misérables restes de la musculature et de la fibreuse. Si la musculature subsiste, elle n'est représentée que par une mince couche de tissu conjonctif avec accroissement des fibres élastiques (3). Elle peut néanmoins rester intacte, être même épaissie, mesurer de 130 à 150 grammes et être formée de faisceaux situés dans un plan parallèle à la surface, mais distincts les uns des autres et de directions différentes suivant la profondeur (4). La fibreuse

(1) Obs. CVIII.

(2) Obs. LXXX.

(3) LIEBOLD, in Th. MOQUOT, p. 38.

(4) QUENU et LANDEL, in Th. MOQUOT, p. 37.

peut, elle aussi, ne presque plus exister (1), ou bien elle présente de nombreuses fibres élastiques et des amas de cellules rondes (2), ou bien elle est formée d'un tissu fibroïde assez lâche pauvre en cellules conjonctives et sans cellules adipeuses.

Nous devons noter qu'il est des cas où les parois ne sont ni amincies ni épaissies et présentent absolument leur aspect normal (3).

Nous ajouterons enfin, pour terminer l'anatomie pathologique des parois de la vésicule, qu'elles peuvent parfois être farcies de concrétions calcaires (4) et qu'elles peuvent même être ossifiées, comme dans le cas rapporté par Grandchamp.

Le canal cystique dans les cas d'hydropisie peut s'allonger par suite du tiraillement qu'exerce sur lui la vésicule distendue. Il peut atteindre six, huit centimètres et même dépasser cette longueur. Bouilly l'a vu démesuré et l'a disséqué un plus de 10 centimètres (5). Il est souvent augmenté de volume, peut acquérir la grosseur du doigt (6), présenter des inflexions, des coudures. Lorsqu'un calcul arrondi et régulier l'oblitére, le canal en deçà et au delà se trouve souvent libre, il est alors granuleux, rougeâtre, parfois tomenteux, dans la partie vésiculaire, lisse dans la partie cholédocienne (Kehr). Il peut se dilater du côté des voies biliaires principales et Labbée (7) rapporte un

(1) Obs. LXXX.

(2) LIEBOLD, in Th. MOCQUOT, p. 38.

(3) Obs. CXXXVII.

(4) Obs. CXXII.

(5) Obs. CXII.

(6) Obs. CXII.

(7) Obs. LXVII.

cas où un calcul oblitérant le col de la vésicule, la lumière du cystique était telle qu'on pouvait y introduire le doigt et qu'il semblait s'être formé là un nouveau réservoir destiné à remplacer l'ancien devenu inutilisable. Parfois le cystique présente une dilatation à la hauteur du calcul et celui-ci peut se mobiliser légèrement, être même impossible à fixer (Schwartz). Souvent aussi l'oblitération calculeuse se complique d'oblitération totale du cystique, et même après extraction du calcul le cathétérisme reste impossible. Lorsque le calcul est irrégulier, la muqueuse prolifère autour et parfait l'enclavement. Trousseau a rapporté un cas où la membrane muqueuse envoyait des prolongements dans l'intérieur de la concrétion biliaire, et il a fallu les rompre pour détacher celle-ci. Lorsque le cystique est oblitéré sans qu'il contienne de corps étrangers, il s'est produit antécédemment une irritation de ses parois par les calculs qui l'ont traversé ou par une inflammation venue du voisinage (1) ; il s'est formé des ulcérations qui ont donné un tissu cicatriciel, ou une angiocholite adhésive, une prolifération cellulaire qui a subi la transformation fibreuse et entraîné la rétraction. Le canal est alors transformé en un cordon fibreux qui peut même ressembler à une simple adhérence (2). Les lésions sont des lésions de sclérose. Nous ne rapporterons pas d'examen histologique ; nous n'avons pas eu l'occasion de le pratiquer et nous ne l'avons trouvé nulle part.

Nous ne dirons que quelques mots des lésions vasculaires de la vésicule et du cystique. Les vaisseaux sont en

(1) Obs. CVIII-CXXXIII.

(2) Obs. CXI.

général normaux. Cependant Kehr et Ringstedt ont eu des hémorragies parenchymateuses nécessitant des ligatures ou un tamponnement sérieux et dans l'observation du Dr Canriot, il y avait une vascularisation intense dans toute l'épaisseur de la paroi.

Contenu de la vésicule : La vésicule contient un liquide le plus souvent accompagné de calculs.

Liquide : Le liquide hydropique est séreux ou séro-muqueux. La quantité est variable. Sur 39 observations où la mensuration a été faite,

dans 12 cas il y a 100 à 200 grammes.

— 14 — 200 à 300 grammes.

— 8 — 300 à 500 grammes.

— 1 — 650 grammes.

— 1 — 750 grammes.

Nous rapportons enfin 3 observations où la vésicule contenait 1 litre $1/2$ (1), 4 litres (2) et jusqu'à 24 litres dans le cas de Terrier (3). Le liquide est le plus souvent limpide, transparent comme de l'eau de roche, au point de simuler le liquide du kyste hydatique. Il est parfois légèrement teinté en jaune, parfois aussi visqueux, filant, semblable à de la synovie (Bernard). Les premières analyses qui en ont été faites remontent à Marteau (1768) et à Bernard (1796). Dans le cas de l'observation, due à l'obligeance de M. le Dr Canriot, le liquide examiné par M. Topin, docteur en pharmacie, présentait les caractères suivants :

(1) Obs. CXXVIII.

(2) Obs. XI.

(3) Obs. LXIX.

Liquide opalin, transparent, visqueux, à réaction légèrement alcaline.

Densité = 1007.

Ce liquide additionné d'acide acétique à 1/10 donne un abondant précipité. Ce précipité est insoluble dans l'acide acétique, soluble dans l'acide chlorhydrique.

Hydrolysé par l'acide chlorhydrique dilué, il réduit la liqueur de Fehling. Il s'agit de mucine.

Le liquide débarrassé des alcali-albumines donne la réaction de l'albumine ordinaire. Le dépôt blanc caséux est formé de leucocytes pour la plupart mononucléaires, de quelques rares hématies et de quelques lamelles de cholestérine.

L'examen bactériologique n'a pas été fait.

Dans le cas de Frerichs le liquide était muqueux, blanchâtre et cependant transparent, à réaction faiblement alcaline ; l'addition d'acide nitrique ne donna lieu dans son intérieur à aucun précipité de quelque valeur et ne fit découvrir aucune trace de matière colorante biliaire, pas plus que le réactif de Pettenkoffer ne décela les acides de la bile. Évaporé à la température de 100° ce liquide laisse 1.80 0/0 de résidu solide.

Gubler a fait analyser par Quévenne 200 grammes de liquide cholécystique trouvé dans une vésicule séquestrée. Ce liquide, d'une couleur jaune paille, était un peu plus pâle que le sérum du sang, limpide, de consistance sirupeuse, filant d'une saveur légèrement salée, nullement amère. Densité 1007 à 16° ; une portion versée sur le filtre passait limpide en conservant sa propriété d'être filante. L'ébullition ne coagulait pas ce liquide et ne pouvait que le rendre né-

buleux. L'acide acétique y produisait des flocons glai-
reux. L'acide azotique y causait un précipité albuminoïde
que dissolvait un excès de réactif. Ce principe albumi-
noïde a fourni par la calcination des phosphates terreux
en même proportion que le fait la caséine.

Voici l'analyse :

Eau	985	0/0
NaCl, KCl et carb: de soude. .	3. 06	
Phosphates	0. 25	
Matières extractives	5. 44	
Matière protéique coagulée (mu- cosine).	6. 25	

Toralld Sollman rapporte 2 analyses de liquide hydro-
pique :

Quantité : 1^{er} cas, 50 centimètres cubes ; 2^e cas, 60 cen-
timètres cubes.

Caractères physiques : Le liquide était incolore, opales-
cent, visqueux. Le liquide (1) contenait une forte quantité
d'un sédiment blanchâtre formé de débris cellulaires, leu-
cocytes et quelques cellules épithéliales. Le liquide (2) se
séparait en un liquide presque clair jaunâtre et un préci-
pité floconneux blanchâtre.

Réaction : (1) faiblement alcaline ; (2) franchement
alcaline.

Point de congélation : (1) 0,561 ; (2) 0,536.

Cas (1) : L'ébullition du liquide acidifié ne donnait pas
de précipité ; l'épreuve du biuret était faiblement rose ;
à l'épreuve xanthoprotéique, faible coloration jaune.

Cas (2) : Léger précipité à l'ébullition.

La faible coloration de (1) en l'absence de protéide coagulable est attribuable à la mucine.

Winternitz dans ses cas impute les nucléo-albumines. Les cas de Frerichs, Kehr et Terillon contenaient une protéide coagulable comme dans le deuxième cas.

Réduction du sucre négative dans les deux cas comme dans Winternitz.

Amylolytic ferment : Absent dans (1) (Digestion à 40 c. pendant 4 heures avec empois). Ce ferment paraît avoir été absent dans tous les cas où il a été cherché (à noter cependant le cas de Robson). Puisque la bile humaine quoique variable contient ce ferment, il paraîtrait donc qu'il ait été détruit ou absorbé. Pas de pigments. Pas d'acides de la bile. Les cristaux de Neither et de Plattner, les réactions de Pettenkoffer et de Hay ne peuvent être obtenus. L'épreuve par l'acide acétique montre que les glycoprotéides dont Winternitz a voulu faire des nucléo-albumines sont formées par de la mucine.

En somme le contenu de la vésicule dans les cas d'hydropisie consiste en une solution diluée de mucus, de concentration moléculaire pareille à celle du sérum, dépourvue d'acides biliaires, de pigments, de ferments. Il y a des protéides coagulables, mais pas de nucléo-albumines.

Quel est au point de vue bactériologique l'état de ce liquide ? Lesensemencements n'ont pas été fréquemment pratiqués. Néanmoins Rumann sur 7 cas a trouvé 7 fois le liquide stérile. Dans le cas de Broca l'ensemencement fait par Gilbert fut négatif. Von Miezowski, dans le service de Mikulicz, examina aussi un liquide hydropique et le trouva stérile. Il semble que cette stérilité soit la règle

générale et absolue, bien que dans un cas rapporté par Guéniot chez une femme qui, 20 ans auparavant, avait eu la fièvre typhoïde, on ait trouvé le bacille d'Eberth associé à des anaérobies. Dupré dans sa thèse donne une raison indirecte de cette stérilité : « En vertu du régime normal des voies biliaires, dit-il, on peut établir relativement au siège des calculs la loi générale : plus les calculs sont éloignés de l'intestin, moins ils donnent prise à l'infection. Par conséquent les calculs de la vésicule sont ceux qui ont le plus de chances de rester aseptiques. Ceux qui restent enclavés dans la lumière ou enchatonnés dans les parois du canal cystique restent souvent fort longtemps à l'abri de toute infection ; ils jouent même à l'égard des voies situées en amont d'eux le rôle d'un bouchon isolateur de barrière protectrice contre l'invasion microbienne ; ils défendent le cholécyste contre l'infection. » Et Dupré déclare en terminant que c'est par le mécanisme de l'obstruction aseptique que se produit l'hydropisie de la vésicule biliaire et que c'est là une lésion apyrétique et aseptique.

Calculs : Le volume, le nombre, la forme des calculs qui obstruent le cystique sont excessivement variables. Tantôt le calcul est unique ; tantôt ils se trouvent plusieurs alignés à la file et leur surface alors polie par le frottement fait soupçonner la présence de ceux qui ne sont pas perçus au toucher. Ils sont lisses ou muriformes, ou semés d'aspérités les faisant ressembler à des pralines. Ils sont de ce fait plus ou moins mobiles et au cours de l'intervention il sera plus ou moins facile de les repousser dans la vésicule. Parfois même la muqueuse a proliféré autour

d'eux, envoyé des prolongements dans leurs interstices qu'il faudra déchirer pour pouvoir les libérer (Trousseau). Leur siège est variable. Ils occupent le plus souvent le col et la première partie du cystique. Ils peuvent être étranglés à l'union de ces derniers (Mouchet et Hallopeau). Ils sont formés de cholestérine ou de sels calcaires apportés par le mucus. Ils sont habituellement de la grosseur d'un petit pois, d'une petite olive ; on les a comparés parfois à des glands de chêne (1), à des noix (2), à des œufs de pigeon (3). Celui dont nous rapportons le dessin est cubique, muriforme sur deux faces, lisse sur les deux autres. Il mesure 1 cent. $1/2$ de côté et pèse 4 grammes. C'est une belle concrétion de cholestérine.

Nous ne parlerons pas des calculs trouvés dans la vésicule biliaire ; ils n'ont rien de particulier et nous écarteraient de notre sujet.

Lésions de voisinage et concomitantes. Nous insistons peu sur les lésions de voisinage. Elles se bornent presque aux adhérences. Celles-ci sont parfois assez prononcées et la vésicule peut se déchirer au cours des tentatives d'isolement (4). Le plus souvent elles sont discrètes, siègent au niveau du col, gagnent l'épiploon, le foie, le côlon. Elles se forment habituellement avant la distension elle-même, lorsque les calculs irritent la vésicule et le canal et créent une inflammation atténuée, mais qui n'en peut pas moins entraîner de la péricystite.

(1) Obs. XC.

(2) Obs. LXXIX-CXXXIX.

(3) Obs. LXXIX-XCVII.

(4) Obs. XCIV.

Dans deux cas elles sont le résultat d'inflammation des organes voisins. Il faut citer aussi une lésion mécanique qui est l'atrophie marginale du foie (1), et celle aussi que Riedel implique au tiraillement par une tumeur en voie de distension et qui est le lobe hépatique connu sous son nom. Notons enfin la coïncidence fréquente de l'hépatotose et du rein mobile.

Dans les cas où l'hydropisie reconnaît une cause autre que la lithiase on trouve les lésions signalées à l'étiologie.

(1) Obs. CIII, CIV, etc.

PATHOGÉNIE

Nous ne dirons rien de l'obstruction du cystique par compression, néoplasme ou coudure. Son mécanisme s'impose. Quant à celui de l'obstruction calculieuse il est lui aussi assez simple. « Au cours des contractions de la vésicule, les calculs qu'elle contient tendent à être expulsés. S'ils sont trop volumineux, ils s'enclavent dans le col ou dans le canal. S'ils sont réguliers et arrondis, à eux seuls ils obstruent la lumière ; s'ils sont petits et irréguliers, au début l'obstruction ne sera pas complète, mais la présence du corps étranger déterminera une angiocholite, un gonflement inflammatoire de la muqueuse qui complètera l'occlusion et parfera l'enclavement. Si le calcul finit par être expulsé, il laissera derrière lui une angiocholite adhésive qui fermera la lumière du conduit. Les ulcérations elles-mêmes causées par le calcul formeront des cicatrices rétractiles dont le résultat sera identique (Denucé).

Quelle qu'en soit la cause, les conséquences immédiates de l'occlusion complète du canal cystique sont :

1^o La suppression de l'afflux biliaire de la vésicule qui de ce fait perd son rôle de réservoir.

2^o La suppression de l'écoulement des liquides sécrétés à l'intérieur de la vésicule.

La bile n'étant plus renouvelée disparaît complètement. Pour Frerichs elle est résorbée et remplacée simplement

par la sécrétion muqueuse. Pour Nuvoli il y a résorption de la bile, sécrétion muqueuse, mais surtout échange entre le sang et le liquide de la cavité ; la bile abandonne ses éléments constitutifs et le sang de l'eau et de l'albumine. En quelques semaines, les pigments biliaires auraient disparu ; il n'y aurait plus qu'un peu de graisse et de cholestérine qui disparaîtraient elles-mêmes au bout de quelques mois. Il ne resterait plus alors dans la vésicule qu'un liquide séreux plus ou moins riche en albumine et en mucus. Roth admet à la fois l'origine séreuse et hémattique du liquide de la poche... « Peut-être, dit Guéniot, chacune des deux théories contient-elle une part de vérité et ainsi s'expliquerait, suivant la prédominance de l'un ou l'autre processus, la différence d'aspect que l'on constate dans le liquide des hydropisies vésiculaires, tantôt muqueux et semblable à de la synovie, tantôt séreux et semblable à de l'eau. »

Des auteurs très autorisés ont soutenu que l'hydropisie de la vésicule est temporaire et que la rétraction de la vésicule se produit fatalement tant qu'il n'y a qu'obstruction simple du cystique (P. Delbet). Et. Mocquot, pour expliquer l'hydropisie persistante fait intervenir un autre facteur que le facteur mécanique. Il admet une infection légèrè. Avec Ehrardt, Muller, Liebold et Cornil, il note alors la multiplication des éléments glandulaires et il dit qu'il est rationnel de penser que dans les vésicules légèrement enflammées où la sécrétion muqueuse est plus abondante, la distension muqueuse pourra être plus considérable et plus durable.

Et allant plus loin à propos d'un cas de Liebold, il

compare l'hydropisie de la vésicule à l'hydrosalpinx et à certains kystes muqueux de l'appendice et dit qu'il y a là un processus général. « La cavité oblitérée par suite de phénomènes inflammatoires a été primitivement irritée par des agents infectieux, mais les accidents n'ont pas été assez graves pour produire les troubles dus habituellement à la suppuration ; ils se sont limités à la cavité et peu à peu les agents infectieux ont été détruits par les moyens de défense de l'organisme ; le liquide est devenu stérile et peu à peu clair et transparent, transformant la cavité en un véritable kyste. »

Notre maître le D^r Delagénère, en conformité d'idées avec les chirurgiens anglais, fait de l'hydropisie le premier stade d'un état pathologique de la vésicule. L'examen cytologique montrerait constamment un grand nombre de leucocytes qui, dans un état plus avancé, transformeraient le liquide clair en un liquide louche, puis franchement purulent.

Nous ne discuterons pas ces diverses théories ; nous rappellerons simplement qu'au cours de nos observations nous avons noté que l'affection hydropique de la vésicule est apyrétique, que son évolution a pu durer parfois dix mois (1), un an (2), un an et demi (3), deux, trois ans (4), dix ans (5), sans que la vésicule distendue ait eu tendance à la rétraction et à la suppuration, et qu'enfin dans certains cas elle n'a été qu'une trouvaille d'autopsie.

(1) Obs. CI.

(2) Obs. LXXXI.

(3) Obs. LXXXVI.

(4) Obs. XI, XIX, LXIV, etc.

(5) Obs. CXXXVII.

Nous admettrons donc avec Lapointe et Raymond (1) que l'hydropisie de la vésicule est la conséquence naturelle de l'oblitération du cystique tant que les parois vésiculaires sont souples et extensibles, tant que les glandes n'ont pas perdu leur activité physiologique, que loin de voir une rétraction de la vésicule inutilisée, on a, comme le dit Hartmann, de grandes dilatations de la vésicule avec une sorte de mucocèle, et enfin avec Dupré qu'elle est le résultat logique de l'obstruction aseptique.

Quant à l'hydropisie intermittente constituée tantôt par de la bile, tantôt par du mucus, due à l'oblitération temporaire du cystique par une coudure, un calcul ou la viscosité du liquide, nous ne retiendrons d'elle, comme dit Mocquot, que la possibilité d'obstruction temporaire précédant l'obstruction complète.

(1) *Arch. gén. de chir.*, mars-avril 1908.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de l'hydropisie de la vésicule biliaire est variable.

Cette affection étant de nature calculeuse, on note dans les antécédents du malade une crise de coliques hépatiques, plus ou moins intense, suivie ou non d'ictère passager. Cette crise peut remonter à quelques mois, quelques années, à longtemps auparavant, 20 ans, 40 ans (1). Elle peut être unique ; le plus souvent après elle surviennent d'autres crises, parfois très espacées (2 crises en 12 ans, trois en 18 ans) (2), parfois devenant fréquentes et se montrant tous les mois, tous les 15 jours, pouvant enfin être subintrantes. Dans leur intervalle il persiste des manifestations douloureuses dans l'hypochondre droit, des sensations de pesanteur, de plénitude dues à la réplétion vésiculaire.

Dans un autre mode de début, les coliques hépatiques franchement absentes. Ce sont des coliques vésiculaires qui ouvrent la scène. Elles apparaissent subitement à la suite d'un accouchement (3), d'un repas (4), d'une indigestion (5) ou bien le plus souvent sans raison aucune. Elles sont

(1) Obs. CVII, CXV.

(2) Obs. LXXVI-LXXXVI.

(3) Obs. LXXXI, CX, CXXXII.

(4) Obs. CXXIX.

(5) Obs. LXVIII.

légères, très espacées, simples piqûres sous le rebord costal droit, revenant à intervalles irréguliers, tenant néanmoins le patient en éveil ; ou bien elles sont violentes, lancinantes, pongitives, s'irradiant dans l'épaule droite, le dos, l'épigastre, la cuisse droite, constantes ou irrégulières, demeurant sans rémission pendant des journées ou bien revenant avec un cyclisme presque régulier tous les 8 ou 15 jours et finissant à un certain moment par devenir subintrantes. Il n'y a rien dans les urines. Les selles ne sont pas décolorées. L'ictère est presque toujours absent. S'il apparaît, il est léger et passager. L'abdomen est peu douloureux. Les vomissements sont assez fréquents, alimentaires, bilieux et même fécaloïdes (1).

Dans d'autres cas plus rares, rien n'attire l'attention du côté du foie. Ce sont des phénomènes gastriques qui ouvrent la marche. Plus ou moins subitement le malade est pris de douleurs épigastriques, de vomissements, de melaena (2) ; les douleurs s'exacerbent après l'ingestion des aliments, cessent après le vomissement ; l'estomac devient intolérant ; un amaigrissement notable, parfois inquiétant, apparaît en même temps qu'une teinte jaunâtre ou terreuse des téguments simulant une gastrite ulcéreuse ou un néoplasme. Le tableau peut se présenter moins sombre, avec simple dégoût des aliments, de la viande en particulier, anorexie plus ou moins complète ; mais il s'y surajoute des troubles nerveux, abattement, tristesse, état neurasthénique comme on le rencontre au cours des reins

(1) Obs. XCVI.

(2) Obs. CXXV.

mobiles. Tout peut se borner à de la pâleur, à de la faiblesse, à un état de dépression que l'on qualifie d'anémie et ce n'est que par hasard au cours d'un examen ou par l'apparition subite de phénomènes douloureux dans l'hypochondre droit que l'on constate la présence d'une hydroisie vésiculaire. Dans d'autres cas le début est tout à fait insidieux et ce n'est qu'incidemment que la tumeur est remarquée soit par le malade soit par le médecin au cours du traitement d'une affection intercurrente (1). Elle peut n'être enfin qu'une trouvaille d'autopsie.

Il est aisé de comprendre que les symptômes de la période prodromique se retrouvent à la période d'état. Néanmoins elle se caractérise par trois variétés de symptômes :

1° La tumeur.

2° La douleur.

3° Les symptômes généraux.

La tumeur d'après Nuvoli apparaît 10 à 15 jours après la colique qui a entraîné l'obstruction du cystique. Elle siège sous le rebord costal droit, dans l'angle formé par la neuvième côte et le bord externe du muscle grand droit. Elle se sent alors comme une petite masse arrondie ou piriforme, lisse. Mais petit à petit elle grossit, gardant sa forme de poire ou donnant l'impression d'un œuf, d'une outre, descend, vers l'ombilic, occupe tout le quart supérieur droit de l'abdomen, atteint la crête iliaque, vient jusqu'à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Elle ne détermine que rarement une voussure de la paroi abdominale (2). Elle atteint des volumes variables et les au-

(1) Obs. CX.

(2) Obs. LXXXVIII, CXXVI, CXXXIII.

teurs l'ont comparé à une mandarine, à une orange, à un poing d'adulte, à une tête d'enfant ; elle peut emplir à elle seule la cavité abdominale. Elle sera souvent facile à palper. Mais il faut compter sur l'épaississement et la tension de la paroi abdominale.

Rheinstein (cité par Langenbuch et par Schwartz) a beaucoup insisté sur la recherche de la vésicule augmentée de volume. « Après avoir vidé l'intestin, le malade est mis dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement relevées vers le ventre pour relâcher la paroi abdominale. Le médecin placé à la droite du patient applique la main gauche dans la région lombaire droite, le bout des doigts dirigé vers l'épine dorsale. L'indicateur repose sur la douzième côte. La main droite est placée sur la paroi abdominale antérieure, de façon que le bord cubital affleure à la ligne blanche et que le bout des doigts regarde un peu en haut et en dehors ; le médius doit se trouver sur une ligne longeant le bord droit du sternum. La main gauche presse sur la région lombaire en avant et en dedans, la droite va au devant d'elle de telle sorte que le diamètre de l'orifice thoracique antérieur soit raccourci et que le foie soit pour ainsi dire exprimé vers en bas. La vésicule vient se placer sur le pôle inférieur du rein droit poussé en dedans et peut être facilement palpée. Lorsque la vésicule n'est guère augmentée de volume, il vaut mieux la rechercher le malade étant debout. On encadre alors avec la main gauche le flanc droit de façon à ce que les quatre doigts pressent sur la région lombaire tandis que le pouce embrasse la paroi abdominale antérieure. Par une pression oblique vers la colonne verté-

brale, le foie est immobilisé. La main droite explore alors le bord inférieur du foie en poussant les quatre doigts vers la face profonde tandis que le pouce embrasse la partie antérieure. »

Le procédé de Wynhoff, cité d'après Schwartz, se pratique sur le patient assis. « Celui-ci placé sur une chaise fléchit les cuisses, courbe le corps en avant et place les mains sur ses genoux. Le médecin se place à la droite du patient un peu derrière lui et palpe la région antérieure. »

La palpation sera faite avec précaution si on ne veut, comme dans le cas de Kümmel, voir succomber le malade à la suite de péritonite par perforation.

On peut sentir la tumeur ancrée sous le foie ; mais le plus souvent elle est franchement mobile sous la main ; elle se laisse aisément entraîner dans le sens transversal et comme souvent elle a étiré son pédicule, elle semble indépendante du foie et on peut lui faire occuper tour à tour l'une et l'autre fosse iliaque, l'hypochondre droit et l'hypochondre gauche. Les mouvements dans le sens vertical sont plus difficiles. Nous ne les avons rencontrés que peu de fois. La tumeur se réduit souvent vers le foie ou la région lombaire ; mais dès que l'on cesse la pression, elle remonte sous la main comme un bouchon plongé dans l'eau. Dans la position horizontale elle occupe la région ombilicale, mais disparaît souvent sous les fausses côtes dès qu'on adopte la position de Trendelenburg. Les auteurs notent qu'elle suit habituellement le foie dans les mouvements respiratoires et se sont servi de ce symptôme au cours du diagnostic différentiel. Malheureusement il est très inconsistent, nous avons vu son absence dans une dizaine de cas

et Monod a pu la vérifier une fois au cours de l'intervention. Elle peut donner le ballottement rénal comme nous le rapportons dans cinq observations dont deux inédites (Canniot, Delagénère). Elle est submate à la percussion légère, mate à la percussion profonde. Dans beaucoup de cas cette matité se continue avec celle du foie. Elle est même considérée comme un des meilleurs signes de tumeur vésiculaire. Néanmoins dans une quinzaine de cas nous avons trouvé la matité de la vésicule séparée de celle du foie par une zone de sonorité de deux travers de doigt. Il semblerait que son contenu liquide dut impliquer une fluctuation constante ; bien souvent celle-ci n'est que peu manifeste, très incertaine. La tumeur comme injectée sous pression est dure, rénitente, à l'apparence d'un corps solide (1). Lorsqu'elle a beaucoup étiré son pédicule, on peut sentir celui-ci tendu comme une corde fibreuse et lorsqu'on mobilise la tumeur, on la sent osciller autour de l'insertion (2).

La tumeur peut être le seul symptôme de la maladie et Taylor rapporte l'histoire d'une femme de 42 ans sans antécédents de lithiasé biliaire, ni de jaunisses antérieures, qui se présenta avec une tumeur de l'hypochondre droit. On l'opéra et quatre calculs enchatonnés dans le cystique avaient entraîné l'hydropisie vésiculaire. Tels sont encore les cas publiés par Terrillon, Labbé, Bourlot (3).

En général les douleurs accompagnent la tumeur. Elles se montrent comme au cours de la période prodromique

(1) Obs. XX, XXXIX, CI, CX.

(2) Obs. CXXII.

(3) Obs. LXVI, CXXII.

sous forme de douleurs plus ou moins vives et rapprochées dans l'hypochondre droit avec irradiations diverses ; ou bien ce sont des douleurs franchement épigastriques, qui peuvent faire errer le diagnostic ; parfois l'hypochondre et l'épigastre sont douloureux à la fois. La tumeur est sensible à la pression ; on a pu noter un point vésiculaire net correspondant à la hauteur de l'oblitération. Souvent aussi la vésicule est absolument indolore et se laisse palper au gré du médecin. L'abdomen est parfois ballonné.

Il faut noter à cette période la fréquence des troubles digestifs. Les vomissements bilieux et alimentaires se répètent ; l'anorexie est courante. La constipation est habituelle ; elle date le plus souvent de loin, mais s'exagère alors et peut résister à tous les moyens employés ; parfois elle est entrecoupée de selles diarrhéiques. Les troubles nerveux signalés au début persistent et s'associent de façon variable avec les troubles digestifs.

La fièvre n'existe pas. Nous devons dire que nous l'avons notée dans deux cas où associée à l'intensité des phénomènes locaux elle a pu imposer le diagnostic d'abcès du foie et d'appendicite.

Il n'y a jamais d'ictère. Gregor l'aurait toutefois signalé dans un cas.

Il faut noter l'amaigrissement ; indépendamment des cas où l'obstruction était d'origine néoplasique, nous l'avons rencontré 21 fois ; il va d'une légère perte de poids à une chute notable, à une véritable fonte du malade.

L'hydropisie vésiculaire a une marche assez variable. Apparaissant 10 à 15 jours après l'occlusion du cystique, elle s'accroît progressivement, atteint son maximum vers

le 5^e ou le 6^e mois. Mais elle peut rester longtemps stationnaire (10 ans), puis entrer subitement en voie d'augmentation.

Il est difficile de lui accorder une durée exacte. Elle peut persister longtemps à titre de lésion stérile ainsi qu'en témoignent de nombreuses observations et celle de Bourlot où la paroi avait eu le temps de présenter une dégénérescence calcaire.

Mais des complications peuvent apparaître. Il ne semble que la distension même extrême de la vésicule puisse la rompre ; mais sous l'influence d'un traumatisme la rupture peut se produire et Nuvoli rapporte l'histoire d'une malade qui, recommandée au professeur Tassi par Nélaton refusa une laparotomie. Au cours d'un bal elle fut prise de violentes douleurs dans le ventre avec symptômes de péritonite aiguë. Elle mourut 32 heures après. L'autopsie montra une rupture de la vésicule, l'occlusion calculuse du cystique et la présence de calculs libres dans la cavité péritonéale.

D'autre part, soit par suite d'une infection généralisée transmise par la voie sanguine ou lymphatique, soit par suite d'invasion microbienne franchissant la barrière calculeuse, du cystique, la tumeur peut se transformer en empyème. Les cas sont nombreux où au cours des interventions on trouve une vésicule remplie d'un liquide séro ou muco-purulent. Il s'agirait là, comme le pense notre maître le D^r Delagénère, d'un processus évolutif normal dans lequel l'hydropisie et l'empyème auraient l'un le stade final, l'autre le stade initial d'un même état pathologique de la vésicule. Nous n'y verrons qu'une complication.

Indépendamment des troubles digestifs et nerveux que nous avons précédemment décrits, et qui peuvent être considérés comme complications de l'hydropisie vésiculaire, il faut dire que la tumeur peut par sa présence même entraîner des troubles locaux.

Elle peut comprimer le cholédoque et amener un ictère par rétention avec toute la symptomatologie et les conséquences qui en découlent.

Elle peut aussi comprimer le côlon et entraîner une obstruction intestinale (1).

Troubles digestifs et nerveux, compression des organes de voisinage, rupture et empyème, telles sont les complications de l'hydropisie.

Nous ne parlerons pas de la dégénérescence néoplasique de la vésicule. Elle a pu être redoutée par certains chirurgiens et les pousser à une intervention précoce, mais elle n'a jamais été considérée que comme une possibilité.

Nous avons pris comme type de notre description l'hydropisie d'origine calculuse. Quand la maladie reconnaît une autre cause, les symptômes de la lésion initiale pourront venir s'ajouter à ceux que nous avons décrits.

Quant à l'hydropisie intermittente, elle se caractérise par l'existence de phénomènes douloureux paroxystiques revenant plus ou moins régulièrement avec accalmie plus ou moins complète dans l'intervalle. Il apparaît une tumeur qui disparaît en même temps que la douleur. Il peut y avoir des vomissements, un état syncopal, jamais de fièvre.

(1) Obs. XCVI, XCVII, CXXI.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile lorsque chez un malade atteint de lithiase biliaire on voit apparaître sans fièvre, sans ictère une tumeur au-dessous du foie, s'allongeant le long du bord externe du grand droit. Mais il n'en est pas toujours ainsi et des difficultés peuvent apparaître. Le diagnostic devra se faire avec les tumeurs de la paroi, avec les tumeurs propres de la vésicule, avec celles des organes adjacents et avec certaines lésions de voisinage auxquelles l'hydropisie peut emprunter une partie de la symptomatologie.

Les tumeurs de la paroi abdominale sont très superficielles à la palpation ; au lieu d'être marquées par la contraction des muscles abdominaux, elles restent perceptibles à la palpation ; très mobiles lorsque ces muscles sont relâchés, elles se fixent lorsque ceux-ci se contractent. Mais la vésicule hydropique peut, elle aussi, comme les kystes hydatiques de Gérard-Marchant et de Schwartz, être immobilisée et comme embrassée par la contraction musculaire (Kehr).

La vésicule calculeuse se présente avec des antécédents lithiasiques, assez souvent sans ictère comme dans l'hydropisie ; mais selon la loi de Courvoisier, Terrier, la vésicule est rétractée, ligneuse, accompagnée de péricholecystite ; on peut sentir le choc, la collision des calculs.

La loi précédente n'a pas un caractère absolu ; la lithiase existe avec des vésicules distendues et pleines de liquide.

Les antécédents, la tumeur, tout peut en imposer pour une hydropisie. La fluctuation peut être nette, la tumeur atteindre des dimensions considérables, gagner la fosse iliaque (Cruveilhier), faire saillie à l'épigastre (Andral) et parfois seule la ponction peut trancher la question comme dans le cas de Thomas où seul le trocart fit reconnaître qu'une tumeur de l'hypochondre droit était due à la rétention biliaire et à la présence de calculs.

L'oblitération du cystique peut elle-même entraîner la dilatation biliaire de la vésicule. Cette oblitération est temporaire : le calcul appliqué sur le cystique, non enclavé, permet l'afflux de la bile, mais s'oppose à sa sortie (Cyr Schwartz). Elle est totale comme dans le cas de Terrillon cité par Denuce, de J. L. Petit où la tumeur fluctuante de l'hypochondre droit posé pour une hydropisie et ponctionnée donna issue à deux pintes de bile, de Benson, de Bouillaud où « la tumeur que l'on sentait à travers les parois abdominales pendant la vie, et qui avait été prise pour un cancer du grand épiploon, n'était autre que la vésicule biliaire dilatée elle-même au point d'égaliser le volume d'une tête d'enfant et contenait de la bile et une centaine de calculs : l'oblitération du cystique était complète et due à une tuberculose du foie ». Le diagnostic différentiel est difficile. Seules la ponction et la laparotomie exploratrices ont pu trancher le diagnostic ; les antécédents sont en effet les mêmes, l'évolution est identique et on retrouve les mêmes symptômes objectifs.

La radiographie ne donne pas encore de résultats appréciables, car d'une part le foie projette sur l'image une ombre sur laquelle la reproduction des corps étrangers se

détache mal et d'autre part les calculs de cholestérine laissent passer les rayons X. Seuls les pigments biliaires arrêtent ces derniers dans une certaine proportion (Pauchet). Elle ne pourrait d'ailleurs servir qu'à diagnostiquer d'une tumeur de la vésicule, d'une tumeur de voisinage.

L'empyème se produit tantôt d'emblée, tantôt il fait suite à une hydropisie, à une tumeur à calculs purs. Il peut se développer alors rapidement avec des signes d'infection aiguë ou lentement avec peu de réaction sur l'état général. Mais si rarement la fièvre existe, intense, avec frisson violent, elle ne manque point d'apparaître avec rémissions matinales et exacerbations vespérales. Tuméfaction large, plus grande tension dans la région s'il existe déjà une tumeur biliaire, sensibilité exquise à la pression, symptômes de péricystite et de péritonite circonscrite, tel est le tableau général de l'empyème. Il diffère nettement de celui de l'hydropisie.

Le néoplasme de la vésicule se présente sous deux formes. Dans une première il a les allures du carcinome primitif du foie avec lequel on le confond souvent. Il n'y a ni ascite, ni ictère au début. Le foie est volumineux et plus ou moins régulier. Il y a une plaque ligneuse dans la région épigastrique. Dans la deuxième variété il y a ictère avec rétention. La tumeur que l'on trouve dans l'hypochondre est souvent rapportée au pancréas, au duodénum, au pylore. Elle peut être lisse. Mais il n'y a pas de fluctuation. Dans les deux cas le diagnostic sera aisé : la dureté de la tumeur, l'hypertrophie du foie, la douleur spontanée, la cachexie élimineront l'hypothèse d'une tumeur hydropique.

La vésicule forme encore une tumeur et coïncide avec la dilatation générale des voies biliaires au cours de l'obstruction du cholédoque, soit par calculs (exceptions à la loi de Courvoisier-Terrier, § p. 100 d'après Cabot), soit par cancers (néoplasmes du canal, cancer de la tête du pancréas), pancréatite chronique. Les symptômes sont ceux de la rétention biliaire : ictère, décoloration des fèces, pigmentation des urines. Nous devons noter que la vésicule hydropique elle-même peut comprimer le cholédoque et entraîner les symptômes précédents. Le cystique et le cholédoque peuvent être également comprimés par une même tumeur et entraîner réciproquement la rétention biliaire avec ses effets et la distension hydropique de la vésicule.

Les cancers du foie primitifs ou secondaires se différencient par leurs signes propres. Nous devons néanmoins noter que des adénomes du foie peuvent subir la dégénérescence épithéliale et kystique, faire saillie sous le rebord costal, donner de la fluctuation, en imposer pour une vésicule distendue, si les signes généraux n'apparaissaient (ascite, cachexie, etc.). Un néoplasme du foie peut aussi, comme dans un cas de Trousseau, se pédiculiser, descendre le long du bord externe du grand droit, se présenter comme une tumeur lisse, ovoïde et rénitente et faire penser à une vésicule hydropique.

Les abcès du foie ne prêtent pas à confusion. Il y a dans les antécédents des symptômes de paludisme, d'hépatite. Le foie est augmenté de volume ; il y a une douleur fixe dans la région hépatique et une fièvre rémittente à exacerbations vespérales. Néanmoins nous rapportons une

observation typique de Lindner où une hydropisie de la vésicule simula entièrement un abcès du foie et où seule la laparotomie trancha le diagnostic.

Le lobe aberrant du foie, le lobe de Riedel se rencontre seul, mais très fréquemment aussi au cours des affections lithiasiques dont il serait une des conséquences, se produisant par suite du tiraillement des tumeurs en voie d'augmentation. Il ressemble fort à une vésicule ; sa surface est régulière, lisse l'état général est bon ; le diagnostic est donc difficile, mais peu important.

Les kystes hydatiques de la face inférieure du foie prêtent à de sérieuses difficultés. La tumeur est arrondie, lisse, résistante, saille sous le rebord costal, suit le foie dans les mouvements respiratoires ; mais dans la majorité des cas, elle est indolore, se relie au foie par une large base, se développe lentement sans altération notable de l'état général et s'accompagne de troubles digestifs, de dégoût des graisses, d'urticaire, de frémissement hydatique. Néanmoins il est aisé de se tromper. Frerichs a signalé que les kystes hydatiques peuvent prendre l'aspect pédiculé. Ils peuvent emprunter à la tumeur vésiculaire son aspect chirurgical.

Les kystes hydatiques de la vésicule sont très rares ; ils seront rarement connus, à moins que les symptômes généraux n'imposent le diagnostic :

Les kystes du pancréas apparaissent à l'épigastre ou dans la région ombilicale ; ils sont arrondis, lisses, ordinairement sans bosselures, peu mobiles, de consistance élastique ou même franchement fluctuante. Ils s'accom-

pagnent de steorrhée et de diarrhée. On pourra user pour trancher le diagnostic du procédé de Minkowski.

Les tumeurs de l'estomac se présentent d'habitude avec des symptômes tels que le diagnostic ne peut être hésitant.

Les tumeurs de l'angle colique droit ne doivent pas non plus faire errer le diagnostic ; cependant le siège, la mobilité ont pu tromper certains auteurs. Léotta dans deux cas rapporta une obstruction intestinale à un cancer de l'angle colique, alors que la vésicule hydropique produisait cette obstruction en comprimant le côlon.

Les tumeurs de l'épiploon présentent une mobilité dans les deux sens transversal et vertical, une indépendance vis-à-vis du foie manifestée par la présence d'une zone de sonorité entre elles et ce viscère et par l'absence du déplacement dans les mouvements respiratoires.

Les tumeurs du mésentère sont des kystes ou des lipomes. Les kystes se présentent avec des phénomènes douloureux, des troubles digestifs, une situation médiane, vers le niveau de l'ombilic, une grande mobilité en tous sens, une zone de sonorité au devant d'eux. Les lipomes donnent lieu à des tumeurs énormes bosselées fluctuantes.

Le rein ectopie se présente comme une tumeur mobile de la forme d'un haricot que l'on peut repousser dans sa loge. Les lombes du côté de la tumeur donnent un son plus clair que de l'autre côté et paraissent déprimés. La tumeur est recouverte par les anses intestinales et ne suit pas le foie dans les mouvements respiratoires. Mais la vésicule aggrandie peut, elle aussi, être recouverte par l'intestin (Lawson Tait, Monod, etc.) : elle peut être ballottée

par mobilité anormale et être prise pour un rein lorsque le pôle inférieur de celui-ci, fixé en autre lieu par adhérences secondaires, ne peut être senti. Les symptômes généraux que peut entraîner le rein mobile (troubles digestifs nerveux) se retrouvent aussi au cours de l'hydropisie.

Les tumeurs du rein se développent en arrière au contact de la fosse lombaire ; elles présentent en avant de la sonorité due à la présence du côlon ; elles peuvent refouler cependant le côlon ascendant et l'angle colique gauche en dedans, devenir mates à leur face antérieure et faire que cette matité se continue avec celle du foie. Elles ne se déplacent pas dans les mouvements respiratoires, ballottent nettement. Mais nous avons retrouvé ce ballottement dans 5 cas d'hydropisie vésiculaire (Canniot, Delagènière) (1). Il faudra donc tenir compte des signes propres aux tumeurs rénales, hématuries dans les néoplasmes, crises de rétention rénale dans les hydronéphroses ouvertes ou de pyuries dans les pyonéphroses. Dans les cas douteux le cathétérisme des uretères et la cytoscopie pourront donner des renseignements précieux.

Des erreurs de diagnostic ont souvent été faites et Giovanni (2) rapporte un cas très intéressant où, chez un enfant, il crut à une hydropisie de la vésicule et où la mort survint un mois après par cancer énorme du rein droit.

Très rarement l'hydropisie vésiculaire a pu par son volume en imposer pour une ascite ou un kyste de l'ovaire. L'examen du petit bassin, le développement de la tumeur, la forme de la matité, la recherche des antécédents lithia-

(1) Obs. CXXXIX-CXL.

(2) G. sc. de Turin, 1901.

siques permettront le plus souvent d'affirmer le diagnostic. Mais il a pu ne pas s'imposer.

Nous devons encore signaler les péritonites enkystées, les abcès intra-abdominaux, les anévrysmes de l'aorte descendante, de l'artère hépatique, les tumeurs ganglionnaires qui par suite de leur siège peuvent présenter des connexions avec le foie. Mais leur évolution, leurs signes propres permettront de les reconnaître.

Le pronostic de l'hydropisie vésiculaire est bon ; la tumeur en elle-même est banale. Si elle donne lieu à des complications, il faudra agir immédiatement ; la chirurgie vésiculaire est bénigne lorsqu'elle est précoce.

TRAITEMENT

Le traitement médical s'adressera à la phase initiale de la maladie, cédera le pas au traitement chirurgical lorsque l'affection est confirmée pour retrouver ses droits après l'intervention.

Le traitement chirurgical a forcément varié avec le temps. L'ouverture aux caustiques (pâte de Vienne, potasse) fut il y a deux siècles la méthode de choix ; on recherchait la formation d'adhérences et la création d'une fistule. La ponction fut ensuite tentée ; elle a parfois donné des résultats. Nous la condamnerons néanmoins comme méthode de traitement et même comme élément de diagnostic. Elle expose aux périls les plus sérieux ; elle permet au liquide contenu dans la vésicule de suinter dans la cavité péritonéale.

Le traitement de choix est la laparotomie. Kümmel fait de l'existence de l'hydropisie une indication absolue sous prétexte que cette tumeur toujours susceptible de s'enflammer peut devenir la cause d'accidents redoutables. La plupart des chirurgiens se rangent à cette opinion et nous considérerons comme indications :

- 1° L'augmentation de volume de la vésicule.
- 2° La douleur qui, pour Körte, serait l'indice de poussées inflammatoires.
- 3° L'existence de phénomènes généraux ou locaux graves.

Nous ajouterons, comme le veut Kehr, qu'il y aura lieu d'intervenir chez les malades exerçant des professions pénibles ou présentant des antécédents de cancer.

La laparotomie décidée, on ouvre le ventre par une incision verticale partant du cartilage de la neuvième côte et faite sur le bord externe du grand droit. La vésicule reconnue et extériorisée, on la ponctionne avec un appareil aspirateur ; puis on l'ouvre largement, on l'examine. On extrait les calculs qu'elle peut contenir. On explore ensuite le cystique par le palper extérieur et par le cathétérisme. Si l'on constate un calcul engagé dans le canal cystique, on essaye de l'extraire par la vésicule. Si on ne peut pas le retirer avec une pince ou par une pression extérieure à travers les parois, on peut être conduit à pratiquer une cysticotomie. Cette opération est encore indiquée dans les cas de calculs durs contenus dans le cystique à parois enflammées ou rétractées et où l'on risquerait la déchirure du canal en le broyant ou en le repoussant dans la vésicule (Pauchet).

Quand les calculs du cystique sont enlevés, on recherche la perméabilité du cystique. Le cathétérisme est pratiqué par la vésicule. On se sert d'une bougie uréthrale n° 4, 6, 8, tortillée ou non. On contourne le valvule de Heister ; une fois dans le cystique, on imprime à la tige des mouvements circulaires et on pénètre peu à peu dans le cholédoque. La plus grande douceur est à recommander au cours du cathétérisme.

Le cathétérisme ayant réussi ou non, trois opérations restent en présence pour traiter la vésicule :

1° La cholécystostomie.

2° La cholécystotomie idéale.

3° La cholécystectomie.

Défendue par Lawson Tait, la cholécystostomie nous paraît devoir être rejetée comme mode de traitement de l'hydropisie vésiculaire. Elle n'a aucune raison d'être, puisque le contenu vésiculaire est aseptique ; elle est détestable parce qu'elle entraîne un drainage désagréable pour le malade, la possibilité d'infection par voie externe, la permanence assez fréquente d'une fistule, l'adhérence secondaire de la vésicule à la paroi, qui peut entraîner des douleurs et des tiraillements à la hauteur de la cicatrice. Elle sera le traitement de choix toutes les fois qu'il y aura eu infection secondaire du liquide hydropique.

Restent la cholécystotomie et la cholécystectomie. L'une et l'autre suivant les cas trouveront leurs indications.

Toutes les fois qu'il n'y aura pas de calculs profondément situés, certain de l'asepsie absolue du liquide hydropique, toutes les fois que la perméabilité large et bien démontrée du cystique, soit par cathétérisme, soit par reflux de la bile, existera, nous pratiquerons la cholécystotomie. Nous ne la considérons pas comme dangereuse ; loin de là. Ulmann la préconise, Lœbker, Kummel, Greifenhagen font de même. On lui a reproché d'être incertaine, périlleuse, inefficace au point de vue thérapeutique. Ce dernier reproche, qui s'adresse surtout à la reproduction des calculs dans la vésicule, ne peut nous intéresser. Les autres griefs ont été repoussés par Jacomet. L'opéré n'est à la merci d'un point de suture que par la faute de l'opérateur. Il n'y a pas à redouter l'issue du liquide dans le

péritoine comme dans les distensions biliaires et les cholécystites calculeuses où l'infection existe plus ou moins atténuée.

On conserve au contraire par la cholécystotomie une vésicule qui continuera à jouer son rôle de réservoir. On évite la formation d'une fistule que l'on doit toujours redouter au cours d'une cholécystostomie et qui peut entraîner une deuxième opération. On guérit un malade en un temps excessivement restreint. Nous devons donc préconiser la cholécystotomie dans tous les cas de perméabilité nette du cystique avec intégrité des parois vésiculaires. Dans les cas où la distension hydropique aura pu atteindre des dimensions considérables, il sera indiqué de faire auparavant une cholécystectomie partielle (Canot).

Dans tous les cas où le cystique est imperméable, dans tous les cas d'autre part où l'état des parois vésiculaires montrera qu'elles sont devenues incapables de jouer leur rôle physiologique, nous conseillerons de pratiquer la cholécystectomie.

Nous n'insisterons pas sur les techniques opératoires préconisées pour ces deux opérations. Nous dirons simplement au sujet de la cholécystectomie sous-séreuse préconisée par Cotte qu'il est encore difficile de se prononcer sur sa valeur, qu'elle nécessite un épaissement notable du péritoine et que dans les distensions hydropiques le dédoublement est le plus souvent impossible par le manque d'épaisseur de la séreuse.

Dans les cas où l'oblitération du cystique sera due à des néoplasmes, ou à la compression par des organes voi-

sins, le traitement s'appliquera à la cause, ou la vésicule sera traitée seule à cause de la distension et de la gêne qu'elle peut entraîner.

La mortalité au cours des interventions sur la vésicule hydropique d'origine calculuse est rare. Nous n'en rapportons que 4 cas dont un seul dépend de l'opération elle-même, une péritonite ayant succédé à la ponction du moignon abcédant (1). Dans les autres cas le décès fut dû à l'épuisement de la malade (2), à une congestion rénale (3), à une péritonite consécutive à une obstruction intestinale par compression du côlon (4) par la vésicule hydropique. La guérison est donc la règle. Il peut toutefois persister des douleurs et des tiraillements à la hauteur de la cicatrice et des fistules plus ou moins rebelles si on pratique la cholécystostomie.

(1) Obs. CVI.

(2) Obs. XXVIII.

(3) Obs. XLVI.

(4) Obs. XCVI.

OBSERVATIONS

Obs. I. — TERRILLON, *Congr. Chir.*, 1892

(In Thèse de MORIN, obs. 1).

Femme, 29 ans. Coliques hépatiques en 1889 et 1891. Tumeur en contact avec le foie, suivant les mouvements respiratoires. Subic-tère.

Opération : 3 décembre 1891. Vésicule contenant 50 grammes liquide citrin. Parois épaissies, fibreuses. Pas de calculs.

Obs. II. — LECLERC (in LUTON), *Gaz. Hôp.*, 1866,

p. 137 (*Loc. cit.*, obs. 2).

Femme, 72 ans. Tumeur dans l'hypochondre droit.

Ouverture à la potasse caustique. Liquide séreux. Calculs. Fistule.

Obs. III. — BROUSSON, *Soc. Chir.*, 1885,

7 juillet (*Loc. cit.*, obs. 4).

Femme, 42 ans. Constipation habituelle. Météorisme. Empâte-ment du côté droit de l'abdomen. Frissons. Etat général mauvais. Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant.

Diagnostic : Ovarite suppurée.

Opération : Pâte de Vienne. Ponction. Liquide sirupeux. Incision, liquide blanc. Calculs. Guérison.

Obs. IV. — CHAUDRON, Thèse de Paris (1878),

Incomplète (*Loc. cit.*, obs. 5).

Femme, 71 ans. Hydropisie de la vésicule biliaire, fistule consécu-tive donnant 150 grammes de liquide muqueux chaque jour.

Obs. V. — BARDENHEUER, In thèse STAUFF, 1885
(*Loc. cit.*, obs. 7).

Femme, 27 ans. Coliques hépatiques. Subictère, tumeur dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : Rein mobile ou tumeur indépendante du foie.

Opération : Ponction après laparotomie ; liquide colloïde. Calculs dans le cystique. Cholécystostomie.

Obs. VI. — BARDENHEUER (*Loc. cit.*, obs. 8).

Femme, 76 ans. Coliques hépatiques. Calculs dans les selles. Tumeur depuis deux à trois ans dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : Hydropisie vésiculaire.

Opération : Cholécystostomie. Guérison.

Obs. VII. — LINDNER, *Berlin. klin. Wochensch.*,
1892, t. XXXIX, p. 238 (*Loc. cit.*, obs. 10).

Jeune fille. Début il y a un mois avec fièvre et ictère. Tumeur descendant jusqu'à la ligne bis-iliaque.

T. = 40°5, frissons.

Opération : Cholécystostomie en deux temps. Liquide séreux dans la vésicule.

Le 11^e jour, évacuation de pus. Il s'agissait d'un abcès comprimant les voies biliaires.

Obs. VIII. — NUOLI, *Sperimentale*, novembre 1890,
p. 480-482 (*Loc. cit.*, obs. 11).

Femme 28 ans. Début 9 mois auparavant à la suite d'une indigestion. Douleurs dans l'hypochondre. Apparition d'une tumeur grosse comme un œuf, croissant avec les phénomènes douloureux, suivant le foie dans les mouvements respiratoires.

Opération : Cholécystostomie en deux temps.

Obs. IX. — LIEDENLEBURG, *Deut. Zeitsch. f. klin. Chir.*, 1884-85, t. XXI, p. 159 (*Loc. cit.*, obs. 12).

Femme, 47 ans. Tumeur de l'hypochondre droit. Pas d'ictère.

Diagnostic : Kyste de l'épiploon ou hydronéphrose.

Opération : Cholécystostomie en deux temps. 150 calculs. Liquide légèrement trouble. Oblitération du cystique.

Mort 2 mois après de néoplasme.

Obs. X. — WIRZEL, *Deut. Zeitsch. f. klin. Chir.*, 1884-85, p. 159 (*Loc. cit.*, obs. 13).

Hydropisie de la vésicule biliaire. Cholécystostomie en deux temps. Guérison.

Obs. XI. — POLJAKOFF, *Meditsiniskago Obhestva*, Moscou, 1890, t. XXXIV, p. 679. *Cent. f. Chir.*, 1892 (*Loc. cit.*, obs. 16).

Enfant, 11 ans. Dyspnée, ballonnement du ventre. Pas de fièvre, pas d'ictère.

Opération : Ponction, cholécystostomie. 4 litres de liquide filant huileux.

Guérison complète 2 mois après.

Obs. XII. — MAYO ROBSON, *Med. Tim.*, octobre 1883, p. 617 (*Loc. cit.*, obs. 17).

Femme, 22 ans. Vomissements et constipation rebelles. Tumeur de l'hypochondre droit.

Diagnostic : Distension de la vésicule.

Ponction : Liquide kystique.

Laparotomie : Cholécystostomie. Petits calculs, aucun dans le cystique. Liquide à l'aspect d'eau de roche, stérile ; ferment coagulant le lait ; ferment diastasant l'amidon.

Fistule 7 mois après.

Obs. XIII. — Hofmokl, *Wien. med. Presse*, 1885,
n^{os} 48-50 (*Loc. cit.*, obs. 18).

Femme, 39 ans. Ictère, coliques depuis 20 ans. A 38 ans apparaît une tumeur dans l'hypochondre avec ictère léger et amaigrissement.

Diagnostic : Hydropisie, kyste hydatique du foie ou de l'épiploon.

Laparotomie : Cholécystostomie. 150 grammes de liquide renfermant de la graisse, de la cholestérine, des leucocytes, mais pas de bile. Fistule.

Obs. XIV. — Chaput, *Soc. Chir.*,
9 avril 1890 (*Loc. cit.*, obs. 2).

Femme, 46 ans. Troubles dyspeptiques depuis 17 ans. Depuis 3 ans, douleurs hépatiques, vomissements, ictère. Tumeur dans l'hypochondre droit.

Opération : Cholécystostomie. Liquide : 400 grammes blanc visqueux. Calcul dans le cystique. Guérison.

Analyse du liquide : Eau 99 0/0, fibrine, mucine et sels.

Obs. XV. — Eddover, *Brit. med. Journ.*, mai 1881
(*Loc. cit.*, obs. 22).

Femme, 53 ans. Tumeur depuis 7 ans. Opération. Tostomie. Hydropisie. Pas de calculs. Fistule.

Obs. XVI. — Frey, *Rev. Sc. méd.*, t. XXXIV,
p. 664 (*Loc. cit.*, obs. 24).

Femme. Ictère en 1887. En 1888, apparition de douleurs dans l'hypochondre et d'une tumeur non fluctuante, mate, peu mobile. Amaigrissement. Constipation.

Les douleurs s'accroissent ; l'ictère et l'état s'aggravent.

Opération : Cholécystostomie. Vésicule adhérente, 250 grammes de liquide incolore. 65 calculs.

Mort 2 jours après. Cancer de la tête du pancréas et du lobe gauche du foie comprimant le cystique et le cholédoque.

Obs. XVII. — HERZ; *Berlin. klin. Wochensch.*,
avril 1872 (*Loc. cit.*, obs. 25).

Femme, 28 ans. Au cours d'une fièvre typhoïde apparaît une tumeur indolente. Cette tumeur présente de la fluctuation 2 mois avant l'intervention.

Opération : Cholécystostomie. Liquide blanc muqueux ; le 10^e jour sortie d'un calcul et 8 jours après de 13 autres.

2^e opération pour fistule persistante.

Obs. XVIII. — HUTCHISON, *Med. News*, 22 mai 1886,
p. 569 (*Loc. cit.*, obs. 27).

Femme, 40 ans. Douleurs depuis 12 ans. Tumeur absolument mobile, en contact avec le foie, non douloureuse, arrondie, étendue jusqu'au ligament de Poupart, foie normal, pas d'ictère.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire.

18 mai 1885. Cholécystostomie : Liquide muqueux.

Calcul fixé dans le cystique.

Guérison : Fistule fermée au bout de six semaines.

Obs. XIX. — JANSEN, *Rev. Sc. méd.*,
t. XXIX, p. 658.

Tumeur depuis 2 ans. Douleurs vives.

Tumeur dans l'hypochondre droit.

Cholécystostomie pour hydropisie. Occlusion du cystique par calcul. Guérison.

Obs. XX. — LE DENTU, *Bull. Acad. Méd.*, 30 décembre 1890
(*Loc. cit.*, obs. 29).

Femme, 39 ans. Coliques hépatiques depuis l'enfance. Tumeur biliaire, ferme, mobile, fuyant sous le doigt. Ectopie du rein droit. Douleurs. Troubles digestifs.

10 mars 1890. Cholécystostomie. 40 grammes de liquide très

fluide, clair comme de l'eau de roche. Aucune trace des éléments constitutifs de la bile. Calcul dans le cystique extrait péniblement. Ectomie partielle. Guérison. Ex. An. Path. Cholécystite fibreuse chronique,

Obs. XXI. — MARIOTTE, *Brit. med. Journ.*, janvier 1890
(*Loc. cit.*, obs. 30).

Femme, 42 ans. Tumeur volumineuse sus-ombilicale.

Diagnostic : Hydropisie.

Cholécystostomie. Liquide muqueux. Gros calcul mobile. Un autre calcul fixé dans le cystique ne peut être extrait qu'au cours d'une 2^e intervention pratiquée 3 jours après. Guérison.

Obs. XXII. — MATLAKOWSKI, *Gazeta Lekarska*, 1891, n° 25,
p. 481, n° 26, p. 505 (*Loc. cit.*, obs. 31).

Femme, 45 ans. Hydropisie. Cholécystostomie, fistule rebelle.

Obs. XXIII. — MUSSER ET KEEN, *Americ. Journ. of
med. Sciences*, juin 1883 (*Loc. cit.*, obs. 32).

Homme, 31 ans. Début en 1882 par un catarrhe gastro-intestinal. Tumeur arrondie, molle, douloureuse. Ictère, foie gros.

Ponction : 30 grammes de liquide visqueux qui n'est ni bilieux ni hydatique.

Cholécystostomie : 650 grammes de liquide visqueux.

Mort le 7^e jour.

Autopsie : Entre le canal cystique et la vésicule repli-valvulaire obstruant totalement le canal, tumeur à l'orifice du cholédoque dans le duodénum.

Obs. XXIV. — PAGE, *Lancet*, 27 juillet 1887 (*Loc. cit.*, obs. 33).

Femme, 33 ans. Ni ictère, ni calculs dans les selles. Tumeur dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : Hydropisie.

Cholécystostomie. Extraction à la pince d'un calcul fixé dans le cystique. Guérison.

Obs. XXV. — PAGE, *Lancet*, 3 août 1889 (*Loc. cit.*, obs. 34).

Femme, 62 ans. Depuis plusieurs années, coliques hépatiques. Ni ictère, ni selles décolorées. Tumeur dans l'hypochondre qui depuis 4 mois grossit, et est à l'entrée du volume d'une orange. Mobilité. Pas de tension.

Cholécystostomie : Calculs. Liquide clair. Fistule. Guérison.

Obs. XXVI. — MAYO-ROBSON, *Med. Tim. Obs.*, 1885,
p. 617 (*Loc. cit.*, obs. 37).

Femme, 34 ans. Début en juin 1884. Tumeur de la grosseur d'un œuf. Douleurs. Malaises. Jamais d'ictère.

Diagnostic : Hydropisie.

La tumeur augmentant de volume, on pratique la cholécystostomie. Liquide clair comme eau de roche. 8 calculs extraits du cystique. Drainage. Guérison avec fistulette.

Obs. XXVII. — SAVAGE, *Rev. Sc. med.*, 1885, t. XXVI,
p. 236 (*Loc. cit.*, obs. 38).

Homme adulte. Début il y a 7 ans. Tumeur de la grosseur d'une noix de coco dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : La ponction donne un liquide incolore, puis un peu de bile. On pense à un kyste hydatique. Cholécystostomie. Deux tiers du liquide sont clairs, le dernier tiers est de la bile pure. 14 calculs. L'auteur pense qu'il s'agit d'une vésicule cloisonnée. Guérison.

Obs. XXVIII. — SIMS, *Brit. med. Journ.*, 1879,
t. I, p. 811 (*Loc. cit.*, obs. 39).

Femme, 45 ans. Depuis 6 mois ictère, prurit, tumeur qui s'accroît et devient fluctuante. Aspiration de liquide brun ne contenant pas de bile. La tumeur se reforme. Amaigrissement, faiblesse.

Diagnostic : Distension de la vésicule ou kyste hydatique.
Cholécystostomie : 750 grammes de liquide. 66 calculs.
Mort le 8^e jour d'hémorragies et d'épuisement.

Obs. XXIX. — LAWSON TAIT, *Brit. med. Journ.*,
1879, t. II, p. 178.

Femme, 40 ans. Douleurs dans l'été 1878. En hiver amaigrissement, anorexie, tuméfaction et à la hauteur de cette dernière point douloureux. Constipation opiniâtre. Rien dans les urines. Tumeur non fluctuante, très mobile, semblant fixée au niveau du flanc droit.

Diagnostic : Kyste d'un rein flottant, hydropisie de la vésicule, tumeur de la tête du pancréas.

23 avril 1879. Cholécystostomie. Liquide blanc visqueux, muqueux : 450 grammes. Calcul enclavé dans le cystique. Lithotritie. Guérison.

Obs. XXX. — LAWSON TAIT, *Brit. med. Journ.*, 1879,
t. II, p. 950 (*Loc. cit.*, obs. 41).

Femme, 28 ans. Souffre depuis sa jeunesse. Tumeur fluctuante dans l'hypochondre droit. Pas d'ictère, urines normales.

15 juin 1888. Cholécystostomie : Liquide glaireux, muqueux, 500 grammes.

Guérison avec fistule.

Obs. XXXI-XXXII. — LAWSON TAIT, *Brit. med. Journ.*,
5 janvier 1883, 28 mai 1883 (*Loc. cit.*, obs. 43-44).

Femme, 66 ans. Homme, 28 ans. Hydropisie de la vésicule. Cholécystostomie. Guérison.

Obs. XXXIII. — TAYLOR, *Brit. med. Journ.*, 1888
(*Loc. cit.*, obs. 45).

Femme, 42 ans. Tumeur depuis 4 ans, s'accroissant rapidement depuis 8 mois. Ni coliques hépatiques, ni ictère.

Cholécystostomie : Liquide gélatineux, transparent 4 calculs extraits. Un 5^e est enclavé dans le cystique, trop adhérent pour être arraché, trop dur pour être broyé. Lavages tous les jours. Le 4^e jour le liquide est mélangé de bile. Le 16^e jour le calcul ramolli est broyé.

Guérison.

Obs. XXXIV. — TERRIER, *Bull. Soc. Chir.*,
23 février 1887 (*Loc. cit.*, obs. 47).

Femme, 24 ans. Depuis plusieurs mois tumeur arrondie, indolente, au niveau de l'épigastre. Depuis un mois amaigrissement, anorexie ; pas d'ictère. Rien dans les urines.

Au-dessous du foie et y semblant ancrée, on sent une tumeur grosse comme le poing allant en bas jusqu'à l'ombilic.

Cholécystotomie : Tumeur arrondie, fluctuante, opaline qui est la vésicule. 300 grammes de liquide opalin transparent. Gros calcul enclavé dans le cystique.

Guérison.

Obs. XXXV. — TERRIER, *Bull. Acad. Méd.*, 23 décembre 1890,
p. 431 (*Loc. cit.*, obs. 48).

Femme, 50 ans. Douleurs au niveau du foie et augmentation de volume du foie depuis 6 mois. Troubles digestifs. Urines alternativement claires et foncées. Tumeur nettement fluctuante occupant les 2/3 de l'abdomen. Une ponction donne 24 litres d'un liquide gomme gutte non filant. 15 jours après, cholécystostomie : Quelques litres de liquides. Calcul enchatonné au niveau du cystique. Guérison. Diplocoque sur la muqueuse.

Obs. XXXVI. — TERRILLON, *Bull. Acad. Méd.*,
14 février 1888 (*Loc. cit.*, obs. 50).

Femme, 24 ans. N'a jamais eu d'accidents du côté du foie. Elle a découvert fortuitement il y a 2 mois une tumeur dans l'hypochondre droit.

Dans le côté droit de l'abdomen tumeur, étendue des fausses côtes jusqu'à l'ombilic, peu tendue, lisse, mobile de gauche à droite, ne semblant pas suivre les mouvements respiratoires. Matité continue avec celle du foie. Ni ictère, ni douleurs. Troubles digestifs. Amaigrissement. Gêne à la hauteur de la tumeur.

Diagnostic : Tumeur du foie ou dépendant du foie ou peut-être de la vésicule.

29 novembre 1886. Cholécystostomie avec ectomie partielle : 250 grammes de liquide clair comme de l'eau de roche ; dernières gouttes laiteuses. Calcul libre gros comme une cerise. Un 2^e enclavé dans le cystique. Fistule.

Guérison 2 mois après.

Obs. XXXVII. — TERRILLON, *Cong. Chir.*, 1892
(*Loc. cit.*, obs. 54).

Femme, 52 ans. Débuts il y a 9 ans, date de la dernière grossesse ; jamais de coliques hépatiques vraies ; pas d'ictère ; selles colorées, douleurs augmentées par la toux (bronch. chr.).

Tumeur isolée, arrondie, douloureuse à la pression en continuité avec le foie.

7 janvier 1891. Cholécystostomie : 250 grammes de liquide citrin. Adhérences. Parois épaissies. Pas de calcul dans le cystique, mais il est infranchissable.

Jusqu'en avril 1892, alternance d'écoulement de bile pendant le jour, de mucus pendant la nuit. L'état général s'améliore. Le cathétérisme est toujours impossible. Fistule fermée le 1^{er} mai.

Obs. XXXVIII. — BOBBS, *Transactions of the Indiana State Medical Society*, 1868, p. 68 (*Loc. cit.*, obs. 56).

Femme, 30 ans. Depuis 4 ans, anémie. Pas d'ictère. Tumeur rapidement accrue depuis 6 mois.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire ?

Opération : 16 juillet 1867. La vésicule adhérente à l'épiploon mesure 12 centimètres de long sur 5 centimètres de large. Liquide

transparent opalescent. 50 petits calculs: Cystique obstrué par un calcul.

Cholecystotomie intrapariétale. Guérison.

Obs. XXXIX. — CARMALT, *Med. Times*, 1886,
t. XLVIII, p. 532 (*Loc. cit.*, obs. 57).

Femme, 37 ans. Depuis plusieurs années pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, jamais de troubles biliaires. Tumeur dans la région vésiculaire.

Diagnostic incertain : A été soignée pour un rein flottant.

Cholécystostomie : 128 grammes de mucus. Calculs. Guérison.

Obs. XL. — DOYEN, *Arch. Prov. Chir.*,
1892, p. 166 (*Loc. cit.*, obs. 68).

Femme, 30 ans. Constipation opiniâtre. Petite tumeur dans l'hypochondre droit. Pas de symptômes de lithiase biliaire.

Diagnostic : Tumeur de la vésicule ou du côlon.

Juin 1891. Cholécystostomie : Hydropisie de la vésicule. Liquide clair. Epaisseur des parois : 3 millimètres. 42 petits calculs jaune clair à facettes, cachés par les replis valvulaires du col. Dans le cystique, trois ou quatre renflements renfermant des calculs. Deux sont extraits à la cuvette. Le troisième est broyé par les doigts à travers la paroi. Le quatrième est extrait en entier. Cathétérisme possible. Guérison.

Obs. XLI. — WINKELMANN, *Centralb. f. Chir.*,
1891, p. 308 (*Loc. cit.*, obs. 61).

Cholécystostomie. 300 grammes de liquide laiteux renfermant de la cholestérine. Calcul dans le cystique que l'on refoule. Guérison.

Obs. XLII. — BERNAYS, *Weekly med. Review*,
1883, t. XII, p. 350 (*Loc. cit.*, obs. 72).

Femme, 46 ans. Coliques hépatiques depuis 6 ans. Tumeur mobile dans la région vésiculaire.

Cholécystostomie : 500 grammes de mucus. 20 calculs libres. Extraction d'un calcul enclavé dans le cystique. Guérison.

Obs. XLIII. — COURVOISIER, *Arch. Langenbeck*, 1885, t. XXXII, p. 3 (*Loc. cit.*, obs. 63).

Femme, 65 ans. Pas de coliques hépatiques. Ictère subit en janvier. Apparition rapide d'une grosse tumeur fluctuante. Selles blanches. Urines foncées.

Diagnostic : Hydropisie.

4 mars 1884. Cholécystostomie : 300 grammes de liquide incolore et muqueux. 12 calculs gros comme des pois.

Suites : Selles blanches, etc...

Mort un an après de pneumonie double.

Autopsie : Atrésie cicatricielle du cystique. Gros calcul du cystique comprimant l'hépatique et le cholédoque.

Obs. XLIV. — KÜSTER, *Arch. Langenbeck*, 1887, t. XXVI, p. 354 (*Loc. cit.*, obs. 64).

Femme, 43 ans. Depuis 4 mois, tumeur dans l'hypochondre droit, grosse comme une tête d'enfant, descendant jusqu'à la région lombaire. Rien dans les urines.

Diagnostic : Hydronéphrose ou hydropisie de la vésicule.

Opération : 18 septembre 1885. Cholécystostomie : 150 grammes de liquide incolore clair visqueux. 2 calculs dont un dans le col. Guérison.

Obs. XLV. — MAC GILL, *Brit. med. Journ.*, 1884, t. II, p. 1142 (*Loc. cit.*, obs. 66).

Homme. Tumeur dans l'hypochondre, suivant les mouvements respiratoires.

Diagnostic : Hydropisie.

Cholécystostomie : 200 grammes de liquide. Calcul extrait du cystique. Guérison.

Obs. XLVI. — MEREDITH, *Brit. med. Journ.*,
1884 (*Loc. cit.*, obs. 67).

Femme, 59 ans. Depuis 18 mois, douleurs, pas d'ictère, pas de coliques hépatiques. Tumeur adhérente au foie, douloureuse à la pression.

Diagnostic : Oblitération du cystique par calcul.

30 janvier 1883. Cholécystostomie : Calculs dans la vésicule et le cystique. Hydropisie.

Mort en 48 heures par congestion rénale.

Obs. XLVII. — ROSE, *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*,
1890-91, t. XXXI, p. 480 (*Loc. cit.*, obs. 68).

Femme, 31 ans. Coliques hépatiques depuis quelques jours. Tumeur arrondie dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : Hydropisie.

17 février 1870. Cholécystostomie : Mucus et calculs. Cystique oblitéré par un calcul.

Guérison au bout de 2 mois.

Obs. XLVIII. — VOIGT, *Deutsche med. Wochensch.*,
1890, t. XVI, p. 705 (*Loc. cit.*, obs. 69).

Homme, 24 ans. Douleurs subites, pas d'ictère, vomissements, douleurs. T. 39°2.

Diagnostic : Péritonite par perforation.

Cholécystostomie : Vésicule de la grosseur d'un œuf. Cystique gros comme le doigt obstrué par un calcul arrêté tout près du cholédoque.

Guérison en 21 jours.

Obs. XLIX. — COURVOISIER, *Arch. Langenbeck*, 1885,
t. XXXII, p. 113 (*Loc. cit.*, obs. 70).

Femme, 48 ans. Début en avril 1883. Douleurs dans l'hypochondre

droit. Anorexie, amaigrissement. Urines sombres sans pigments biliaires. Selles normales.

En février 1884, tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie. Pas d'ictère.

6 juin 1884. Laparotomie : Ponction au bistouri de la vésicule. Liquide clair, opalescent. Isolement lent de la vésicule. 15 ligatures. Gros calcul dans le cystique. Cholécystectomie. Drainage. 25 juillet. Guérison.

Examen : La vésicule est vidée aux $\frac{2}{3}$, 13 centimètres de long sur 5 de large. Un calcul de 2 centimètres bouche le col. Parois épaisses enflammées ; muqueuse rouge, présente quelques végétations au niveau du col et une petite cicatrice.

Obs. L. — CREDE, *Centralb. f. Chir.*, 1888,
p. 807 (*Loc. cit.*, obs. 71).

Femme, 29 ans. Coliques hépatiques depuis 11 ans. Depuis un mois une tumeur s'est formée dans l'hypochondre.

23 novembre 1887. Cholécystectomie : Vésicule, 15 centimètres de longueur. 150 grammes de liquide muqueux. 40 calculs.

Guérison après léger abcès de la paroi.

Obs. LI. — KOCHER, *Deut. med. Wochensch.*, 1890,
t. XIII, p. 253 (*Loc. cit.*, obs. 72).

Femme, 34 ans. Névralgies, dyspepsie. Tumeur biliaire ou rein droit mobile au diagnostic.

Cholécystectomie pour hydropisie. Liquide clair incolore. Obstruction du cystique par calcul. Guérison.

Obs. LII. — KRÖNLEIN, *Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1886, n° 8 (*Loc. cit.*, obs. 73).

Femme, 34 ans. Tumeur piriforme dans l'hypochondre droit, rénitente, lisse, suivant les mouvements respiratoires. 7 centimètres de largeur sur 17 de longueur. L'extrémité inférieure mobile atteint la symphyse. Vomissements. Dépérissement rapide.

28 octobre 1885. Isolement de la vésicule et du foie. 10 ligatures ; liquide blanc filant : 150 grammes, sans trace d'acides, ni de pigments biliaires.

2 calculs de la vésicule. 1 calcul obture le cystique, ligature au delà. Cholécystectomie. Guérison.

Obs. LIII. — LANGENBUCH, *Berlin. klin. Wochensch.*,
1886, p. 41-42 (*Loc. cit.*, obs. 75).

Femme, 53 ans. Coliques hépatiques et ictère depuis plusieurs années.

1^{er} septembre 1886. Cholécystectomie : Hydropisie. Deux calculs dans le cystique refoulés.

Guérison en 1 mois.

Obs. LIV. — MONOD, In thèse MORIN (*Loc. cit.*, obs. 78).

Homme, 44 ans. Tumeur dans le flanc droit, déborde en bas l'ombilic, réniforme, lisse, profondément située, ne paraît pas fluctuante, n'est pas douloureuse à la pression, un peu mobile latéralement, mais surtout de haut en bas ; se laisse refouler vers le foie plutôt que vers le rein. Ne se place pas dans les mouvements respiratoires, fait vérifié à l'opération. Pas d'ictère. Amaigrissement.

Diagnostic : Tumeur du rein ou de l'épiploon, hydropisie vésiculaire.

12 janvier 1893. Laparotomie : Tumeur gris blanchâtre tendue. On pense à un kyste hydatique. La ponction donne 250 grammes de liquide clair et transparent, eau de roche. 232 calculs dans la vésicule ; aucun dans le cystique. Parois épaissies. Devant le manque d'antécédents biliaires et l'oblitération du cystique, on pratique la cholécystectomie.

Guérison en 26 jours.

Obs. LV. — OHAGE, *Med. News*, 19 février 1885
(*Loc. cit.*, obs. 79).

Femme, 35 ans. Depuis 3 ans, coliques hépatiques. Parfois ictère.

Depuis 3 mois douleurs constantes. Tumeur dans l'hypochondre droit.

Diagnostic : Rein flottant ou kyste hydatique.

Cholécystostomie : Vésicule distendue à parois épaissies. Calcul dans le cystique refoulé. 1/2 litre de liquide clair, séreux. 35 calculs. Guérison en 8 jours.

Obs. LVI. — PERIER, *Bull. Acad. Méd.*, 10 octobre 1890
(*Loc. cit.*, obs. 80).

Femme, 24 ans. Tumeur ronde flottant au-dessous de l'ombilic loin du foie.

Diagnostic : Kyste hydatique.

Ponction : 250 grammes de liquide analogue à celui des kystes séreux. On pense qu'il s'agit d'un kyste du mésentère.

Juillet 1890. Laparotomie : Cystique obstiné par un calcul. Hydropisie. Cholécystectomie. Guérison.

Obs. LVII. — TERRIER, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*,
30 avril 1890 (*Loc. cit.* obs. 82).

Femme, 47 ans. Depuis 10 ans troubles gastriques. Jamais d'ictère. Depuis 3 mois douleurs constantes irradiées vers l'épaule droite et l'ombilic. Foie gros. Tumeur dure, douloureuse. Selles normales.

Diagnostic : Hydropisie.

15 avril 1890. Cholécystectomie 120 grammes de liquide blanchâtre. Vésicule adhérente à l'intestin. Calcul dans le cystique. Ce dernier est friable.

Guérison le 16^e jour après écoulement de bile que Terrier impute à la rupture du fil placé sur le cystique.

Obs. LVIII. — TERRIER, *Bull. Sc. méd.*, 3 septembre 1890
(*Loc. cit.*, obs. 83).

Femme, 55 ans. Coliques hépatiques depuis 20 ans. Depuis décembre 1899, crises plus intenses. Tumeur de la vésicule.

7 juin 1890. Laparotomie : Vésicule adhérente à l'épiploon. 250 grammes de liquide visqueux, à peine teinté de jaune. Calculs de cholestérine dont un dans le col. Cholécystectomie.

Guérison sauf éventration.

Obs. LIX. — TERRIER, *Bull. Sc. méd.*, 10 juin 1891
(*Loc. cit.*, obs. 84).

Femme, 45 ans. Douleurs dans l'hypochondre gauche depuis 17 ans. En novembre 1890, douleurs à droite, constipation ; ni coliques hépatiques, ni ictère. En janvier, reprise des douleurs. En avril 1891, tumeur dure, inégale, arrondie, sensible, suivant les mouvements respiratoires ; ni ballonnement, ni matité absolue.

2 mai 1891. Laparotomie. Vésicule lobulée, adhérente issue de liquide clair filant ; 2 calculs dans le col extraits par cysticotomie. Cystique malgré tout oblitéré. Ectomie. Guérison. En avril 1892, douleur à la partie supérieure de la cicatrice.

Obs. LX. — TERRILLON, *Cong. Chir.*, 1892
(*Loc. cit.*, obs. 85).

Homme, 37 ans. Depuis longtemps troubles du côté du foie et de l'estomac. En 1889 et 1891, coliques hépatiques, ictère, douleurs fixes sous les fausses côtes. En août 1890, tumeur arrondie fluctuante de la grosseur du poing. Subictère.

15 août 1890. Cholécystectomie : Vésicule lisse tendue, 300 grammes de liquide ; 47 calculs ; un calcul enclavé dans le cystique. Guérison.

Obs. LXI. — THIRIAR, *Bull. Ac. roy. Belgique*, 1885, t. XIX, p. 1
(*Loc. cit.*, obs. 86).

Femme, 44 ans. Coliques hépatiques depuis longtemps. Vésicule difficile à isoler.

Cholécystectomie. Guérison en 10 jours.

Obs. LXII. — TISCHENDORFF, *XVI^e Cong. Chir. all.*
(*Loc. cit.*, obs. 87).

Femme. Tumeur énorme dans le côté droit.

Diagnostic : Tumeur maligne du rein.

Opération. Cholécystentérostomie. Rein adhérent à la vésicule.

Brides. Hydropisie vésiculaire. 42 calculs. Guérison.

Obs. LXIII. — BLATTMANN, *Revue des sciences médicales*
(*Loc. cit.*, obs. 88).

Femme, 62 ans. Depuis 6 mois frissons, ictère progressif, diarrhée, urines biliaires, amaigrissement. Foie gros. Tumeur vésiculaire.

Diagnostic : Occlusion du cholédoque.

28 août 1888. Laparotomie : Tumeur du cholédoque à l'orifice duodénal. Calcul, à l'orifice vésiculaire du cystique, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Liquide clair comme de l'eau. Cholécystentérostomie.

Suites : Hématome sous-cutané. Mort le 10^e jour. Carcinome du cholédoque.

Obs. LXIV. — ROSENBACH, *Ber. ü. d. Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir.*, XI. Congress, 1882.

Femme, 47 ans. Depuis 8 ans, dyspepsie, vomissements et perte d'appétit. Pas d'ictère. Il y a deux ans, apparition d'une tumeur dans le côté droit du ventre qui croît en même temps que s'accroissent les troubles digestifs.

Etat : Tumeur de la grosseur du poing, fluctuante, mobile en tous sens, ne suivant pas les mouvements respiratoires.

Cholécystostomie en deux temps : Liquide clair muqueux. 4 calculs.

Petite fistule. Guérison.

Obs. LXV. — JORDAN (Heidelberg), *XXVIII^e Congrès de Chirurgie* et SCHWARTZ, *Chirurgie du foie*, p. 269.

Femme, 63 ans. Hydropisie de la vésicule et ictère chronique.

Cholécystostomie ; puis cinq semaines plus tard cholécystentérotomie.

Autopsie : Carcinome ayant débuté au tiers moyen du cholédoque. Noyau métastatique à l'embouchure du cystique et de l'hépatique déterminant une occlusion complète du cystique.

Obs. LXVI. — LABBÉE, *Bull. Soc. Anat.*, 1865.

Homme, 75 ans. Gastrite. Mort de pneumonie. Pas de coliques hépatiques.

Autopsie : Hydropisie de la vésicule biliaire qui forme un kyste volumineux, transparent, mesurant du col au fond 18 centimètres. La largeur au niveau du bas-fond est de 5 centimètres. Parois blanchâtres et chatoyantes. Calculs petits, 200 à 300 ; un calcul biliaire, à facette, du volume d'une noisette, enchatonné au niveau du col, très adhérent à la paroi. Le canal cystique représente un cul de-sac dont le fond repose sur le calcul obturateur. Il est libre dans toute son étendue, dilaté de manière à admettre librement dans son intérieur le doigt indicateur, semble en quelque sorte avoir remplacé le réservoir impropre à remplir ses fonctions.

Liquide transparent, visqueux. Parois épaissies, très blanches, comme parcheminées, ressemblant à la dure-mère crânienne, rugueuses à la face interne, sans traces d'aréoles.

Obs. LXVII. — MAYO-ROBSON, *Clinical Society of London*, 1885.

Femme, 33 ans. En 1884, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule occasionnant des douleurs et des malaises ; jamais d'ictère.

Diagnostic : vésicule distendue.

21 septembre 1885. La tumeur a fortement augmenté de volume et cause de la gêne.

Cholécystostomie : 60 calculs retirés du cystique et de la vésicule, une demi-pinte de liquide clair aqueux.

Suites bonnes, fistule légère.

Obs. LXVIII. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*).

Femme, 22 ans. Vomissements et constipation continuels. Tumeur à la hauteur de la coudure hépatique du côlon. On suspecte une vésicule distendue.

Février 1885. Cholécystostomie. 80 onces de liquide clair. Nombreux petits calculs blanchâtres.

Fistule fermée en septembre.

Obs. LXIX. — LINDER, *Berlin. klin. Woch.*,
mars 1892 (Th. MILHET, obs. 61).

Femme, 26 ans, ayant dans le côté droit, outre un rein flottant, une tumeur piriforme grosse comme un œuf d'oie, située sous le bord externe du grand droit et très mobile dans tous les sens. La laparotomie confirme le diagnostic d'hydropisie vésiculaire.

Cholécystostomie avec cysticotomie.

Guérison avec abcès de la paroi abdominale.

Obs. LXX. — MAYO-ROBSON, *Diseases of the gallbl. and. bil. d. inc. gallst.*, New-York, 1900 (*Loc. cit.*, obs. 71).

Femme, 54 ans. Hydropisie de la vésicule. Trois calculs dans le cystique.

Cholécystostomie. Guérison.

Obs. LXXI. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 109).

Femme, 36 ans. Hydropisie de la vésicule. Calculs dans le cystique.

Cholécystostomie. Guérison.

Obs. LXXII. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 132).

Femme, 37 ans. Coliques hépatiques associées à une grossesse. Affaiblissement.

Cholécystostomie. 7 gros calculs, 8 onces 1/2 de liquide.

A la suite d'une frayeur la malade avorta le 8^e jour.

Guérison.

Obs. LXXIII. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 193).

Femme, 50 ans. Douleurs depuis des années. Il y a quatre ans on nota une grosseur dans le côté droit de l'abdomen. Pas d'ictère. Une tumeur de la vésicule put être nettement sentie.

Opération : 29 novembre 1897. Cholécystotomie : 22 calculs furent retirés de la vésicule et du cystique et 1/2 pinte de mucus évacué de la vésicule. Guérison.

Obs. LXXIV. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 227).

Homme, 50 ans. Il y a 4 ans le malade eut la première crise douloureuse vésiculaire ; depuis ce temps il a eu de fréquentes crises ; à chaque attaque, vomissements ; une seule fois, faible jaunisse.

Opération : 25 octobre 1888. Cholécystotomie : Vésicule remplie de mucus épais, visqueux ; 12 calculs retirés du cystique. Drainage. Guérison.

Obs. LXXV. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 280).

Femme, 37 ans. L'histoire de la maladie remonte à 10 ans ; mais les douleurs sont beaucoup plus fréquentes depuis un an. La vésicule distendue est constamment douloureuse depuis 6 mois. Grand amaigrissement. Pas d'ictère.

Opération : 24 octobre 1889. Cholécystostomie : Vésicule distendue par du mucus ; un petit et deux gros calculs sont extraits du cystique. Drainage. Guérison.

Obs. LXXVI. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 294).

Femme, 49 ans. A eu 12 ans auparavant une forte attaque de coliques hépatiques suivie de péritonite. Depuis les douleurs ont été

fréquentes. Il y a six ans on constata une tumeur dans l'abdomen. Amaigrissement. Pas d'ictère.

Opération : 7 décembre 1899. Calcul enclavé dans le cystique, impossible à refouler. Cysticotomie. Liquide muqueux. Drainage. Cholécystotomie.

Obs. LXXVII. — MAYO-ROBSON (*Loc. cit.*, obs. 525).

Femme, 60 ans. Expulsa des calculs il y a 12 ans ; depuis une ou deux fois crises hépatiques avec calculs dans les selles ; mais pas d'ictère. Il y a un an début de douleurs paroxystiques dans la région vésiculaire. Amaigrissement et en même temps léger ictère. Sensibilité vésiculaire. Dilatation d'estomac. Tumeur très aisément mobile que l'on diagnostiqua rein flottant.

Opération en 1903. La tumeur est formée par un rein flottant avec tendance à l'hydronéphrose. La vésicule est agrandie et contient du mucus. Elle est tirillée par le rein et il s'est produit une coudure du cystique. Sténose du pylore. Cholécystotomie, néphropexie et dilatation du pylore. Guérison.

Obs. LXXVIII. — POLAILLON et DARTIGUES, 1896

(In TERRIER et AUVRAY).

Homme, 58 ans. Ictère, ascite etc... Paracentèse. Dans le flanc droit, tumeur non bosselée ovalaire résistante, descendant dans l'abdomen jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Cette tumeur est mobilisable, suit les mouvements respiratoires. Ponction.

Laparotomie : Vésicule dilatée. Liquide clair comme eau de roche. Cholécystostomie. Drainage. Mort 9 jours après l'opération. Cancer du cholédoque un peu au-dessus du point où il se jette dans l'ampoule de Vater. Oblitération du cystique.

Obs. LXXIX. — KEHR, *Die int. und chirurg. Behandl. der Gallensteinkr.*, p. 69, Munich, 1906.

Femme, 31 ans. Mère a eu des coliques hépatiques. Douleurs vagues dans le côté droit depuis huit ans.

En 1902, tumeur dans le côté droit en voie de croissance, se laissant facilement déplacer dans toutes les directions, semblant appartenir à la musculature de l'abdomen. Elle est quelque peu douloureuse à la pression. Vomissements, pas d'ictère.

Opération : Hydropsie. 6 calculs gros comme une noix dans le col. Liquide séro-muqueux. Parois épaissies. Muqueuse fortement ulcérée. Cholécystectomie. Hépatopexie. Guérison.

Obs. LXXX. — KEHR (*Loc. cit.*, obs. 51).

Femme, 51 ans. Constipation depuis 20 ans. Douleurs stomacales. Ces derniers temps, douleurs violentes dans le côté gauche. Névropathie. Pas d'ictère. Tumeur de la vésicule biliaire, légèrement sensible.

Opération : Grosse vésicule hydropique. Col adhérent au duodénum. Dans le col, calcul de la grosseur d'une noix. Cholécystectomie. Epanchement de sang difficile à arrêter à la section du cystique. Grosse hémorragie du lit du foie. Excroissances papillaires dans le col. Hépatopexie. Tamponnement.

Examen macroscopique : Vésicule distendue. Paroi amincie. A l'intérieur on ne voit plus la muqueuse, mais un tissu cicatriciel lisse. Par places, bosselures de la grosseur d'une lentille, légèrement jaunâtres. Au col, le dessin papillaire de la muqueuse tranche nettement avec le tissu cicatriciel lisse. Au milieu de la muqueuse du col, un petit ulcère.

Examen microscopique : Dans le fond de la vésicule, aucune trace de muqueuse. Il n'existe que de misérables restes de la musculature et du tissu élastique. A la place de la muqueuse on trouve un tissu hyalin, dégénéré, très épais, très net, où sont les bosses jaunâtres, contenant de nombreuses cellules à grains graisseux, entremêlées de cellules fuselées et rondes et rappelant entièrement l'apparence de l'intérieur de l'aorte épaissie par l'athérome. Dans le col le tissu musculaire élastique est fortement développé. La muqueuse montre les excroissances normales peut-être un peu alvéolées, épaissies, papillaires. Les glandes ne sont que peu développées.

En une place il y a un ulcère s'étendant presque jusqu'au péritoine, mais qui déjà se recouvre d'un nouvel épithélium. Pas d'hypertrophie carcinomateuse. Guérison.

Obs. LXXXI. — KEHR (*Loc. cit.*, obs. 39, p. 72).

Femme, 38 ans. Il y a 18 ans, une semaine après un accouchement, douleurs dans l'hypochondre droit. Il y a 7 ans réapparition de douleurs occupant le creux épigastrique et durant de 6 à 12 heures.

En 1900 et 1902, nouvelles crises de coliques hépatiques. Pas de fièvre, pas d'ictère. Tumeur, sensibilité dans la région vésiculaire.

Opération : Calcul dans le col. Liquide séro-muqueux. Cholécystectomie. Hépatopexie. Guérison.

Obs. LXXXII. — KEHR (*Loc. cit.*, p. 74).

Femme, 51 ans. Douleurs hépatiques il y a 17 ans. Depuis plusieurs crises. Douleurs continuelles. Pas de vomissements, mais forte salivation. Tumeur vésiculaire. Amaigrissement notable.

Opération : Vésicule de la grosseur d'une tête d'enfant. Liquide muqueux clair comme de l'eau. Dans le cystique, calcul gros comme une noix. Cholécystectomie.

Examen microscopique. La muqueuse a complètement disparu. La musculature qui subsiste encore n'est que recouverte par un mince tissu dans lequel se trouvent de nombreux vaisseaux et des cellules dont le protoplasme est entièrement rempli de petits grains graisseux. Cette agglomération de cellules inflammatoires s'étend à l'occasion jusque dans la couche musculaire. Dans la musculature il y a un fort développement des fibres élastiques.

Obs. LXXXIII. — KEHR (*Loc. cit.*, p. 59).

Femme, 30 ans. Douleurs épigastriques. Depuis le printemps douleurs dans l'hypochondre droit. Pas d'ictère. Bon état.

Opération : Hydropisie vésiculaire. Adhérences à l'épiploon. Calcul dans le cystique.

Hépatopexie. Cholécystectomie. Guérison.

Obs. LXXXIV. — KEHR (*Loc. cit.*, p. 82).

Homme, 40 ans. Ictère à 18 ans. De 20 à 30 ans, fièvres paludéennes. En 1902, douleurs stomacales, puis vésiculaires. Pas de vomissements. Pas d'ictère. Crises thermales. Légère amélioration. Mais amaigrissement.

Opération : 9 octobre 1903. Vésicule très grosse contient 200 grammes de liquide clair, limpide comme de l'eau et un calcul dans le col. Cholécystostomie. Guérison.

Obs. LXXXV. — KEHR, *Technik des Gallensteinoperationen*, p. 320.

Homme, 53 ans. Entré le 20 novembre 1902. Douleurs il y a un an dans l'abdomen suivies de nausées, de diarrhée, d'ictère progressif, d'amaigrissement.

Vésicule grosse, proéminente, non sensible à la pression.

21 novembre 1902. Vésicule biliaire très distendue. Liquide aqueux. Calcul dans le cystique. Cholécystectomie. Résection du cholédoque, hépatoduodénostomie. Pièce enlevée. Cancer du confluent. Rétrécissement du cholédoque et du cystique.

Guérison le 24 décembre 1902.

Obs. LXXXVI. — GRÉNIOT (Th. de Paris, 1902, p. 147).

Homme, 27 ans. Malade depuis un an et demi. A cette époque maux d'estomac, vomissements, courbature, amaigrissement. Pas d'ictère. Constatation dans le côté droit d'une tumeur qui roulait et se déplaçait ; elle était située au-dessous du foie, de la grosseur d'une orange, présentait le ballottement lombo-abdominal, donnait l'impression d'une collection liquide.

8 septembre 1900. Opération : Vésicule distendue. Ponction : Liquide clair transparent, incolore. 2 calculs, de la grosseur d'une noix muscade, arrondis et à surface assez régulière. Cholécystotomie. Suture de la paroi. Drain. Fistule pendant 5 mois.

Guérison avec persistance de quelques vomissements et troubles douloureux.

Obs. LXXXVII. — HERNETTE (Th. de Paris, 1906, p. 125).

Homme, 29 ans. Coliques hépatiques de 1899 à 1903, sans ictère, débutant brusquement la nuit sans vomissements. Dernière crise en 1903.

En 1904, pendant trois semaines, douleur locale dans l'hypochondre droit. En 1905, constatation d'une tumeur arrondie, sous-jacente au foie, du volume du poing, mobile latéralement, un peu sensible à la pression sans être franchement douloureuse.

2 octobre 1905. Incision ondulée. Ponction de la vésicule; un demi-litre de liquide opalescent légèrement jaunâtre. Calcul sur le col, du volume d'une olive allongée, ellipsoïde, sans facettes. Ligature au-dessus. Cholécystectomie. Drain. Sortie le 23. Va bien en 1906.

Obs. LXXXVIII. — LINDNER, *Revue de Hayem*, 1892, p. 623
(In. LE LIONNAIS, Th. de Paris).

Femme, 21 ans, prise depuis 4 semaines de fièvre intense, de douleurs continues, de vomissements avec ictère et tumeur grossissant rapidement.

Etat : Immédiatement à droite du creux épigastrique, tumeur dure, de la grosseur de deux poings, ayant la forme d'une poire disposée obliquement le long du rebord costal, avec sa grosse extrémité vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Au niveau du creux épigastrique, saillie fluctuante ayant les dimensions du creux de la main. Lindner diagnostiqua un abcès du foie et incisa la ligne blanche de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Tumeur formée par une vésicule énormément distendue, contenant un liquide clair comme de l'eau. Pas de calcul. Cystique oblitéré.

Obs. LXXXIX. — LEONTE, *Cong. Chir.*, 1892, p. 163.

Femme, 40 ans. Coliques hépatiques en décembre 1890, janvier et mars 1891. Pas d'ictère, pas de décoloration des selles pendant les accès. Le dernier a été fébrile. Dans l'hypochondre droit, sensa-

tion de tension, de pesanteur. Digestions difficiles. Tumeur ovoïde descendant jusqu'à 10 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes, rénitente, légèrement fluctuante et sensible à la pression. Ponction : liquide clair. Urines normales.

Diagnostic : Kyste du pancréas.

25 avril 1891. Laparotomie : Adhérences. Suture de la vésicule aux bords de la plaie. 300 grammes de liquide clair et visqueux. Suites de l'opération bonnes. Trajet fistuleux. Cathétérisme impossible. On trouve un jour un gros calcul dans la vésicule. Le cathétérisme n'en reste pas moins impossible. La malade sort le 25 août. Elle revient le 25 octobre. La fistule est fermée, mais il y a des douleurs abdominales. En face de la vésicule inutile et dangereuse, du cystique imperméable, on décide la cholécystectomie. Excision des trois quarts de la vésicule malgré les adhérences du foie et du péritoine. Suture du reste à la paroi. Le cathétérisme est resté impossible. Guérison.

Obs. XC. — LEONTE, *Cong. Chir.*, 1892, p. 167.

Femme, 23 ans. Entrée le 20 janvier 1892. Sortie le 1^{er} mars. Son père aurait eu des douleurs dans l'hypochondre droit sans ictère.

La maladie remonte à 8 ans. Douleurs au niveau de l'épigastre. Anorexie. Vomissements bilieux pendant les accès. Pesanteur à l'hypochondre droit.

6 janvier 1892. Accès violent de 5 jours. Entrée à l'hôpital. Foie volumineux descendant à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Au-dessous, tumeur ovale ayant la forme d'un citron, se continuant avec le foie et ne proéminant pas à l'extérieur. Tumeur mobile sensible à la pression et donnant une sensation de fluctuation assez obscure. Ponction : liquide clair, assez visqueux. Malade débile.

Diagnostic : Hydropisie.

Laparotomie : Pas d'adhérences. Calcul dans le cystique vers le col de la vésicule. On le déplace et on le pousse dans la vésicule. Incision : 100 grammes de liquide clair. 2 calculs en tout qui ont

l'aspect de glands de chêne, ronds, mûriformes. Les parois de la vésicule ont une minceur manifeste ; mais aucune altération. Devant la vésicule saine, cholécystectomie idéale. Guérison.

Obs. XCI. — DEPAGE, *Ann. Soc. belge Chir.*, 1895.

Femme, 51 ans, portant dans l'hypochondre droit une tumeur du volume d'un œuf, s'accompagnant de douleurs sans ictère et ayant donné lieu à de l'amaigrissement.

La laparotomie montre qu'il s'agit de la vésicule biliaire volumineuse dans laquelle on perçoit un calcul. Un autre est senti dans le canal cystique. Ligature du canal au-dessus du calcul. Cholécystectomie. Guérison au bout de 15 jours.

L'examen de la vésicule montre près du col un autre calcul enclavé dans une dilatation.

Obs. XCII. — REYNIER, *Bull. Soc. Chir.*, 1897, p. 805.

Femme, 42 ans. Depuis 8 mois, coliques hépatiques. Depuis un an, douleurs tous les 15 jours avec ictère passager.

Vésicule dilatée descendant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En dehors des crises selles non décolorées.

7 août. Laparotomie : Vésicule distendue, 70 grammes de liquide. 40 calculs. Calcul dans le cystique qu'on ramène avec les doigts. Adhérences au côlon. Ligature du cystique à son abouchement dans le cholédoque. Cholécystectomie.

Suites simples. Départ un mois après.

Morte au bout de 4 mois d'accidents infectieux mal déterminés.

Obs. XCIII. — SCHWARTZ, *Bull. Soc. Chir.*, 1896,
p. 384 (In. Th. MILHIET).

Femme, 37 ans. Pas de coliques hépatiques. Pas d'ictère. Depuis 3 ans, douleurs dans le côté droit, les reins, les épaules. On trouve dans le côté une tumeur qu'on prend pour un rein flottant et on lui fait porter une ceinture.

Entrée à l'hôpital : Sous le flanc droit, tumeur rénitente qui suit manifestement les mouvements respiratoires. L'examen sous narcose montre qu'elle est en rapport avec le foie et que le rein droit est en place.

3 avril 1893. Laparotomie : Vésicule grosse comme une poire, à parois translucides, sans adhérences. Ponction : 100 grammes de liquide séreux incolore, 3 calculs gros comme une noisette. Calcul gros comme une lentille, dans le cystique. Cholécystectomie.

Guérison. Rentre le 4 mai chez elle.

Obs. XCIV. — TERRIER, *Bull. Acad. Méd.*,
juin 1891 (In. Th. MILHIET).

Femme, 45 ans, souffrant depuis 17 ans. En novembre 1890, douleurs dans l'hypochondre droit avec mouvement fébrile ; tuméfaction de la région ; constipation. Ni coliques hépatiques, ni ictère. En janvier 1891, reprise des douleurs. En avril 1891, on sent sous le rebord costal droit une tumeur dure, inégale, arrondie, atteignant presque l'ombilic, peu sensible, suivant les mouvements respiratoires ; ni ballonnement, ni matité absolue. Dilatation de l'estomac.

2 mai 1891. Laparotomie médiane, la vésicule forme une masse dure, adhérente ; elle se déchire au cours des tentatives d'isolement. Issue d'un liquide clair, filant. Incision large de la poche. Extraction d'un des calculs libre ; d'un deuxième par une incision du col ; d'un troisième qu'on extrait par une deuxième incision du col après isolement de la vésicule. Le cystique est complètement oblitéré et la bile ne reflue pas vers la plaie. Ligature du col. Cholécystectomie. Cautérisation du moignon. Drain.

Guérison le 30^e jour. En avril 1892, état général bon. Douleur à la pression en dehors et en haut de la cicatrice.

Obs. XCV. — RICHARDSON, *Med. Rec.*, 3 novembre 1894
(In Th. MILHIET).

Femme, 32 ans. Coliques hépatiques à diverses reprises. Tumeur allongée, réniforme du côté droit de l'abdomen, au niveau de l'om-

bilic. Cette tumeur est d'abord prise pour un rein mobile. Mais on note sa connexion avec la vésicule.

Laparotomie : Vésicule distendue prête à éclater. Ponction : liquide clair. On attire la vésicule à la paroi. Gros calcul dans le cystique qu'on essaye vainement de déloger. On incise le canal, mais le calcul est tellement adhérent qu'on juge plus prudent d'enlever tout. Ligature dans le cystique au-dessus de l'incision. Ectomie. Drain et mèche. Guérison rapide : Entrée le 9 juin. Sortie le 21 juillet.

Obs. XCVI. — GIOVANNI, *Giorn. Accad. Medic. di Torino*, 1901, p. 941, obs. I.

Femme d'âge moyen ; parfaite santé ; vient à l'hôpital parce qu'elle a été prise sans causes apparentes de douleurs dans tout le ventre, mais surtout marquées dans l'hypochondre droit. Ces derniers jours, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, puis fécaloïdes. En même temps, augmentation notable du volume du ventre. Constipation opiniâtre malgré des purgatifs répétés et énergiques. Constata-tion d'une tumeur nette dans le quart supérieur de l'abdomen.

Etat à l'entrée : Pas de fièvre. Bon état. Ventre globuleux, météorisé au quart supérieur droit, tumeur de la grosseur du poing, cylindrique, longue de 10 centimètres dirigée obliquement de haut en bas, mobile dans le sens transversal, très sensible à la palpation, remontant vers les fausses côtes, semblant rejoindre le foie. En bas la tumeur descend à peu de distance de la ligne ombilicale transverse. Consistance molle, pâteuse. Contours réguliers, arrondis. Pas de fluctuation, Foie normal. Constipation. L'existence d'un obstacle à la circulation intestinale semble très probable, vu les douleurs vives et continuelles, l'inefficacité des purgatifs, les vomissements fécaloïdes, etc... Le siège et la nature de l'obstacle paraissent nets : forme cylindrique de la tumeur, position sous l'arcade costale droite, consistance mollè, immobilité respiratoire, légère mobilité transversale, rapidité du développement, parfaite santé antécédente, tout faisait penser à une invagination du côlon transverse.

Opération : Vésicule biliaire, grosse, très allongée, formant la tu-

meur que l'on sentait à travers la paroi, recouverte d'un léger enduit d'exsudats, plein de liquide muqueux ; oblitération du cystique par un calcul du volume d'une olive. Compression du côlon transverse.

Cholécystotomie. Péritonite. Mort.

Obs. XCVII. — GIOVANNI, *Giorn. Accad. Medic. di Torino*,
1901 (obs. II).

Femme, 36 ans. Fausse couche sans conséquences à 27 ans. A été prise sans raison de douleurs lancinantes à l'épigastre, d'abord faibles et espacées, puis fortes et continues. 5 jours après, augmentation des douleurs ; vomissements dès l'ingestion des aliments. Continuation des douleurs avec alternatives de rémissions et d'exacerbations ; les exacerbations au moment des repas, les rémissions après le vomissement. Douleurs en forme de piqûres allant de l'épigastre à l'hypochondre droit. Pendant 9 jours, constipation opiniâtre qui ne cède le 10^e jour qu'à un purgatif énergique ; un peu de sang, de liquide, de grumeaux. Ces derniers jours légère fièvre. Il apparaît une tumeur bien nette, douloureuse, du quart supérieur de l'abdomen, avec gonflement général de ce dernier. Rien dans les urines.

Entrée à l'hôpital : Douleurs vives, continues dans l'hypochondre droit. Vomissements. Céphalée. Fièvre. Anorexie. Rien de particulier dans les autres organes. Ventre globuleux, distendu, météorisé, douloureux. Dans l'hypochondre droit, entre la ligne mamelonnaire et la parasternale, une tumeur de la grosseur d'un poing d'adulte, lisse, régulière, de forme arrondie, douloureuse à la palpation même délicate, suivant les mouvements respiratoires, touchant en haut l'arcade costale, atteignant en bas la ligne ombilicale transverse, légèrement mobile latéralement, inélastique, non fluctuante. A la percussion, elle semble unie au foie. Devant la gravité de l'état on décide d'attendre.

Persistance de la céphalée, des douleurs, de l'anorexie. T. : 38°6. P. : 86 : Vomissements. Ventre météorisé, douloureux. Tumeur toujours la même. Constipation opiniâtre en dépit des lavements. Pas d'ictère. Urines : 600 centimètres cubes.

Opération : Vésicule du volume d'un poing d'homme au contact du colon transverse, le comprimant et le congestionnant. Pas d'adhérences avec les organes voisins. Ouverture de la vésicule : liquide limpide, flocons mucilagineux. Cystique oblitéré par un calcul de cholestérine du volume d'un œuf de pigeon.

Cholécystostomie.

Guérison. Quitte l'hôpital 40 jours après.

Obs. XCVIII. — GUILLEMIN, Th. de Paris,
1898-99 (obs. 12).

Femme, 33 ans. Trois grossesses. Etat nerveux. Goître. Depuis 15 mois, sensation de pesanteur, de barre au creux épigastrique, presque constante, exagérée après les repas. Digestions lentes et pénibles, facies vultueux, fréquentes bouffées de chaleur après le repas. Céphalées fréquentes, sensations d'élancements dans la tête. 1^{re} crise de coliques hépatiques après accouchement il y a 6 ans, non suivie d'ictère ; 2^e crise il y a un an ; 3^e crise quelques jours avant d'entrer à l'hôpital, ces deux dernières avec léger ictère. Pas de décoloration des selles.

Etat bon. A l'examen de l'hypochondre, tumeur de la grosseur d'une grosse noix, mobile d'une façon très nette, en battant de cloche.

Opération, 13 février 1899. 80 grammes de liquide clair, sripoux, contenant de la mucine, et six calculs du poids de 12 grammes.

Obs. XCIX. — TUFFIER, *Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.*,
26 mars 1896, n° 25, p. 289.

Femme, 40 ans. Grande, maigre, autrefois chlorotique. Souffre depuis 7 à 8 ans de douleurs vives survenant par crises après les repas, occupant le creux épigastrique. Pas de vomissements. Pas d'ictère. Les crises reviennent à intervalles réguliers, se rapprochent dans ces derniers temps.

En février 1894, on note une tuméfaction douloureuse dans l'hypochondre droit. On pense à un rein mobile. Ceinture.

En septembre 1894, il y a dans le flanc droit une tumeur du vo-

lume d'une tête de fœtus siégeant entre les fausses côtes et l'ombilic, lisse, mobile avec la respiration, régulière, ballottante, non réductible dans la fosse lombaire. Matité à la percussion se continuant avec celle du foie.

Diagnostic : Hydropisie. Traitement médical.

Opération, 3 avril 1896 : Enorme tuméfaction occupant la face inférieure du foie, lisse, à parois d'une minceur extrême et d'une transparence parfaite. La partie inférieure est libre ; la partie supérieure est largement creusée dans le foie. On pense à un kyste hydatique. Cette pensée se transforme en certitude lorsqu'au trepan on retire un litre de liquide parfaitement transparent, clair et limpide comme de l'eau de roche. Fixation à la paroi. 22 calculs biliaires volumineux, un 23^e enchâtonné à la partie supérieure de la vésicule.

Guérison le 15^e jour.

Obs. C. — CHARLES DE HEIDEKEN, *Finska lakaresällskapets handlingar*, t. XXXVI, 12, pp. 851-855.

Femme, 56 ans. Maladie pyrétique il y a longtemps et de longue durée. Depuis plusieurs années douleurs dans l'épaule droite, s'irradiant le long du thorax vers le foie et la région lombaire droite. Audessous du rebord costal droit, tumeur de la grosseur du poing, lisse, dure. Amaigrissement. Teint cachectique, mais pas d'ictère ni de troubles de la digestion. Cholécystotomie. Vésicule biliaire distendue comme un saucisson, un peu transparente. 200 centimètres cubes de liquide glaireux, grisâtre. 12 calculs de la grosseur d'un pois à celui d'une prune, en partie ronds, en partie anguleux, dont le plus grand presque sphérique oblitérait l'orifice de la vésicule biliaire.

Sutures de catgut fin à travers les parois, de telle sorte que les feuillets de la séreuse furent appliqués l'un sur l'autre.

Obs. CI. — BERNAYS (A. C.), A succesfull case of idealcholecystotomy with critical remarks on the pathology and the different operative procedures praticed on the system of gallvessels. *Weekly med. Rev.*, Chicago, 1883, 12, p. 350-359.

Femme, 46 ans. Envoyée en 1884 pour tumeur abdominale accompagnée de crises douloureuses dans l'hypochondre droit avec nausées. Ces attaques étaient devenues plus fréquentes depuis la dernière année et la malade était à chaque instant obligée de garder le lit. On notait l'existence d'une tumeur dans la région de la vésicule et cette tumeur avait subi un agrandissement continuel depuis 10 mois. Tous les autres organes étaient sains. Au milieu de l'épigastre, sur la ligne blanche, tumeur du volume d'un gros œuf d'oie, très dure, très mobile sous la paroi abdominale.

Laparotomie : Vésicule augmentée de volume, 7 pouces de long sur 3 de large. Elle donnait l'impression d'une tumeur demi-solide. Calcul dans le cystique. Ponction : il s'écoule un liquide clair. On retire plusieurs calculs y compris celui du cystique qui peut être mobilisé et refoulé dans la vésicule. Cholécystotomie idéale.

Guérison le 20^e jour.

Obs. CII. — POPP, Inaugural Dissertation. Erlangen, 1894, p. 23, cas 1.

Femme, 54 ans. 10 accouchements. Il y a 8 ans vomissements, douleurs épigastriques. Anorexie. A l'automne dernier, induration dans la région épigastrique. Douleurs.

Hôpital, 25 janvier. Laparotomie. Néoplasme de l'estomac. Mort, 6 février.

Autopsie : Carcinome de l'estomac. Pleurésie droite. Pneumonie hypostatique gauche. Carcinome du canal cystique. Hydropsie de la vésicule biliaire.

Le cystique est oblitéré complètement par une tumeur. La vésicule de la forme d'une poire déborde de 4 centimètres le bord inférieur du foie. A l'endroit où elle touche ce dernier, celui-ci a subi

une atrophie marginale. Les parois sont diminuées d'épaisseur. Fluctuation nette. Longueur, 11 cent. 5 sur 8 centimètres dans la plus grande largeur. Pas d'adhérences avec les organes voisins. A l'ouverture, liquide aqueux. Plusieurs calculs bruns. La muqueuse est entièrement polie, brillante, ayant perdu son caractère normal. Cystique oblitéré ; sa muqueuse est ramollie, papillaire, infiltrée. La section donne un suc laiteux. L'hépatique et le cholédoque sont libres.

Obs. CIII. — POPP, Erlangen, 1894, p. 32, cas 2.

Femme, 53 ans. Constipation habituelle. Il y a 1 an 1/2, évacuation de sang en allant à la garde-robe. Il y a six mois, amaigrissement. Constipation opiniâtre, épreinte, etc.

Entrée à l'hôpital le 9 février.

Diagnostic : Carcinome du rectum.

Opération, 12 février. 12 mars, mort.

Autopsie : Myocardite. Congestion pulmonaire. Hydropisie de la vésicule :

La vésicule a la forme d'un gros œuf d'oie ; elle s'étend à 4 cent. 5 au-dessous du bord du foie. A l'endroit où elle repose sur ce dernier, on constate une atrophie marginale. Elle n'est pas colorée et contient évidemment un liquide clair ; sa surface est lisse, brillante, sa paroi très mince. Comme elle est très tendue par le liquide, elle ne donne qu'une fluctuation minime. Elle a 13 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur maxima. A la hauteur de son col on remarque une forte coudure à angle aigu ; la vésicule abandonne sa position normale vis-à-vis du foie pour se placer transversalement et son fond est entièrement situé de côté. Cette coudure est due aux adhérences de voisinage. Le fond est libre. Le cholédoque et l'hépatique sont libres. Le cystique est oblitéré en plus par la grosseur d'une cerise, dans la vésicule il y a un gros calcul et deux petits.

Obs. CIV. — POPP, Erlangen, p. 37, cas 3.

Femme, 52 ans. Aucuns antécédents hépatiques.

Morte à l'hôpital à la suite de néoplasme du pylore.

Autopsie : Carcinome du pylore. Cachexie. Hydropisie de la vésicule. Cholélithiase.

La vésicule n'est pas piriforme comme de coutume ; elle se présente comme une outre assez régulière. Elle est brun grisâtre ; sa paroi est un peu amincie ; une cholécystite a donné lieu à des adhérences avec les parties voisines. Elle a 12 centimètres de longueur, 4 centimètres de largeur. Elle contient un liquide muqueux, peu coloré, et une quantité de calculs noirâtres de la grosseur d'un grain de mil. Calcul oblitérant le cystique de la grosseur d'un noyau de cerise ; il est très enclavé, ne se laisse déplacer en aucun sens. Il est nettement formé de cholestérine. La muqueuse de la vésicule est lisse, brillante, mais présente en outre plusieurs traces cicatricielles.

Obs. CV. — HERNETTE, Th. de Paris, 1906, obs. 8.

Femme, 29 ans. Coliques hépatiques de 1899 à 1903. En 1904 peu de crises, mais douleurs localisées dans l'hypochondre droit à forme de coliques hépatiques frustes. Elle a constaté la présence d'une tumeur. Actuellement, à travers une paroi abdominale surchargée de graisse, on sent une tumeur arrondie, sous-jacente au foie, du volume du poing, mobile latéralement, un peu sensible à la pression sans être cependant franchement douloureuse. Cholémie nette. Rien dans les urines.

20 octobre 1905. Opération : P^r Hartmann. Incision ondulée, Vésicule énorme. La ponction retire 1/2 litre de liquide opalescent. Incision à la jonction de la vésicule et du foie, puis latéralement ; on arrive au col de la vésicule où l'on sent un calcul. On fait la ligature au-dessous de lui. Cholécystectomie. Les parois de la vésicule sont souples. Le calcul est de la grosseur d'une olive ellipsoïde, sans facettes. Drain.

Guérison absolue en 1907.

Obs. CVI.— RINGSTEDT, *Ouvrage de fête de Worfovinge*, p. 119-148.

Femme, 42 ans. A la partie supérieure de l'abdomen, à droite, existe une tumeur mobile, égale, lisse, sensible, longue de 15 à 20 centimètres, de la grosseur de l'intestin grêle, et dont les mouvements suivent ceux de la respiration. Entre le bord du thorax et la tumeur, la percussion fait reconnaître une bande étroite à son tympanique. HCl de l'estomac est normal.

Laparotomie : Cholécystostomie en deux temps. 200 centimètres cubes de liquide clair, un peu visqueux, incolore. Pneumonie aiguë franche à gauche. Dilatation de la fistule. Drain. Pneumonie droite. Douleurs continues.

Cholécystectomie : Les parois de la vésicule biliaire étaient épaisses et ternes. Pour arrêter une hémorragie parenchymateuse abondante, il fallut appliquer une ligature autour du méat cystique à quelques centimètres de la vésicule biliaire. Invagination de la séreuse du moignon. Pleurésie double. Néphrite parenchymateuse. Laparotomie. Ponction du moignon abcédant du cystique. Péritonite. Mort.

Obs. CVII. — In GUÉNIOT, Th. de Paris.

Femme, 48 ans. A 24 ans, ictère qui dura 14 mois, sans douleurs, au cours d'une grossesse gémellaire qui finit à 6 mois. Il y a 2 mois vomissements, douleurs abdominales, gonflement du ventre. Entre en juin 1902 dans le service du professeur Segond. Gêne dans l'hypocondre droit sans douleurs vives ni crises. Pas d'ictère. Etat général bon. Masse *très mobile* transversalement et se déplaçant facilement par les manœuvres de palpation, de la grosseur d'un abricot, sensible au palper.

22 juin. Laparotomie latérale : Vésicule libre d'adhérences, rouge violacé ; liquide clair, transparent ; 2 calculs gros comme des cerises, arrondis, dont l'un bouchait le cystique et dont l'autre était situé dans une loge vésiculaire spéciale. Cathétérisme avec succès. Cholécystostomie avec ectomie partielle. Drain. Sort de l'hôpital le 20 juillet. Fermeture de la fistule le 26 septembre.

Parois vésiculaires épaissies, modérément saignantes ; surfaces interne et externe rouges, interne réticulée.

Examen bactériologique du liquide : Bacille d'Eberth et anaérobies, micrococcus de Veillon. Cette femme aurait eu 20 ans auparavant une fièvre typhoïde (Lippmann).

Obs. CVIII. — PEUGNIEZ (P.), *Gaz. méd. Picardie*,
Amiens, 1900. t. XVIII, p. 48-61.

Malade opérée d'urgence pour une occlusion intestinale. Après laparotomie un organe distendu fait saillie, qu'on prend d'abord pour l'estomac, mais il n'est pas rattaché aux épiploons. On attire au dehors une énorme poche à parois fort épaissies, blanc rosé, qui est la vésicule biliaire dilatée par du liquide. Il n'y a pas d'adhérences. On atteint facilement le pédicule cystique sur lequel on place une ligature et qu'on sectionne. On double la surface de section par la séreuse.

L'examen de la vésicule montre qu'elle ne communiquait plus avec le reste des voies biliaires : 1.300 grammes de liquide visqueux ne présentant pas les caractères de la bile. Pas de calculs dans la vésicule ni sur ses parois. La malade n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère. Il n'est pas douteux que ce soit l'oblitération du cystique qui ait entraîné l'hydropisie. Cette oblitération serait survenue vraisemblablement après des phénomènes péritonitiques consécutifs à la réduction d'une hernie étranglée 15 ans auparavant.

La paroi de la vésicule était considérablement augmentée de volume, au point d'atteindre l'épaisseur d'une paroi d'estomac. En l'examinant au microscope on a constaté, outre l'épaississement et la transformation fibreuse de sa tunique externe, une hyperplasie considérable de ses fibres musculaires lisses qui, à l'état normal, se mêlent aux fibres lamineuses qui composent sa tunique cellulaire. Il y avait là une véritable couche de tissu musculaire interposé à la muqueuse et à la séreuse, tout un feutrage de longues cellules à fibres lisses réalisant comme une paroi nouvelle surajoutée à celles qui normalement constituent les tuniques de la vésicule. Quant à la muqueuse,

elle a perdu son épithélium. Elle est mince, blanchâtre, comme lavée. Les saillies épithéliales ont disparu. Le chorion est considérablement épaissi. Des foyers de cellules embryonnaires sont disséminés dans son épaisseur.

Obs. CIX. — STAUDE (Hambourg), *Société d'obstétrique*,
17 février 1903.

Enorme vésicule hydropique, sans aucun trouble, découverte par hasard chez une malade, d'une mobilité extrême, telle que l'on pouvait la remuer comme un rein flottant.

Obs. CX. — GUILLOUD, *Lyon Médical*, 1905.

Femme, 27 ans. Trois grossesses ; l'affection actuelle remonte au cours de la seconde, il y a 3 ans ; chute de bicyclette à cette époque ; depuis douleurs vagues dans les reins et l'hypochondre droit. Il y a quelques mois, salpingite aiguë à la suite de fausse-couche. La malade entre à l'hôpital.

En outre des lésions annexielles, dans l'hypochondre droit, masse duré, mobile, piriforme, ballottant sous la palpation bi-manuelle comme un rein mobile. Mais la position superficielle, l'absence de troubles urinaires font porter le diagnostic d'hydropisie vésiculaire par obstruction calculuse du cystique. Excellent état général. Pas d'ictère.

Laparotomie : vésicule, 262 grammes de liquide. Pas d'adhérences. Calcul dans le cystique coudé au-dessous de ce calcul. Cholécystotomie sous-séreuse. Section du cystique et ligature au-dessus de son abouchement dans le cholédoque. Calculs petits et multiples comme des grains de plomb se déplaçant et faisant penser que la couture du cystique devait jouer un rôle important dans l'hydropisie de la vésicule. Guérison.

Obs. CXI. — BAZY, *Tribune médicale*, 190 , p. 197.

Femme, 48 ans. Entrée, 9 mars 1906.

Variole en 1870. 3 enfants.

Le 4 mars, douleurs en aiguilles dans le dos, la région thoracique et l'épaule droite.

8 mars. Tumeur dans le côté droit, douloureuse, lancinante. A l'inspection, pas de voussure de la paroi. Peau normale. A la palpation, la peau n'est pas plus chaude qu'ailleurs. Dans le flanc droit, grosseur du volume d'un œuf de poule, verticale, oblique en bas et à gauche, allongée, de forme irrégulière, descendant jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic ; elle semble pédiculée, mais le pédicule s'enfonce dans la profondeur. Elle est mobile, suit l'impulsion des mouvements respiratoires ; peu douloureuse, sonore à la percussion superficielle, submate à la percussion profonde. Foie légèrement abaissé, mais non augmenté de volume, jamais d'ictère. Selles non décolorées.

16 mars 1906. Cholécystectomie : Vésicule énorme à parois rougeâtres. Ponction ; liquide visqueux. On énuclée ensuite une poche qui ne paraît pas avoir d'ouverture.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une inflammation chronique de la vésicule. Ligature en X, un pédicule dans lequel on ne trouve pas de lumière, constituant plutôt une adhérence qu'un pédicule, paraissant être situé plus superficiellement que le fond de la poche qui formait une espèce de bas-fond. Vésicule, 15 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre. Liquide extrêmement filant, glaireux. Mèche pour l'hémostase. Drain.

Examen histologique : Vésicule extrêmement épaissie. La muqueuse, dont l'épithélium cylindrique est bien conservé, ne présente pas les crêtes normales et son chorion est le siège d'hémorragies en nappe.

Le chorion de la muqueuse et la tunique moyenne sont envahis par un tissu fibreux, adulte, au milieu duquel on aperçoit à peine quelques fibres musculaires.

Guérisson parfaite.

Obs. CXII. — BOUILLY (In GUÉNIOT, Th. de Paris).

Femme. En 1883, après un accouchement, violentes douleurs au creux épigastrique sans vomissements, sans ictère ni pigmentation de l'urine. On crut à une crise de gastralgie. 1884, même chose.

En 1891, douleurs vagues. 1895, 6^e grossesse. Au mois d'avril, crises très douloureuses avec maximum d'intensité de la douleur dans l'hypochondre droit. Vomissements bilieux. Exploration du ventre impossible à cause de la douleur. Ni jaunisse, ni urines ictériques. On pense à une appendicite aiguë. Fièvre 4 jours. Les douleurs se calment. On explore le ventre. Dans l'hypochondre droit, tumeur grosse comme une mandarine, allongée, située dans le milieu de l'hypochondre et tout à fait indépendante du foie.

Laparotomie : Liquide clair, visqueux, un verre à Bordeaux. Cholécystostomie. On pense à un kyste hydatique. L'analyse du liquide ne donne rien. Suites opératoires bonnes. Il coule par le drain un liquide séreux. Cathétérisme des voies biliaires : calcul impossible à extraire. 2^e intervention : on extrait un calcul gros comme une noisette, pyramidal, à facettes très lisses. On conclut qu'il y en a d'autres que, malgré toutes recherches, on ne peut trouver. Péritonite, 8 jours.

Bouilly intervient, tombe sur un cystique énormément hypertrophié, du volume d'un gros doigt, avec parois épaissies, fibreuses, d'une longueur démesurée et après l'avoir disséqué sur une longueur de 10 centimètres, on trouve un calcul. Ligature au-dessus. Ectomie. Calcul d'un volume double de celui du premier, à facettes s'adaptant exactement à celles du premier. Ecoulement de bile pendant 20 jours. Au bout de ce temps, guérison définitive.

Obs. CXIII. — R. TESSON, *Bull. Soc. Anat.*, 1902, p. 141.

Femme, 64 ans. Jaunisse depuis 6 semaines. Coliques hépatiques dans les 10 dernières années. A l'heure actuelle, ictère chronique avec augmentation de volume du foie. Vésicule biliaire grosse comme une petite pomme, à peine douloureuse à la pression.

7 novembre 1901. Laparotomie : Ouverture de la vésicule. Parois modérément épaissies. Liquide presque incolore, d'aspect muqueux, un peu de boue jaune verdâtre. Calculs brunâtres. Noyau dur au confluent. Ectomie simple. Mort dans la nuit.

Le noyau néoplasique siégeait exactement au niveau du confluent cystico-hépatique, oblitérant complètement la lumière des canaux.

Obs. CXIV. — MONOD, *Bull. Soc. Chir.*, 1899, p. 522.

Femme, 71 ans. Souffrait de l'hypochondre droit depuis 50 ans. N'a jamais eu ni coliques hépatiques ni ictère. Elle n'avait constaté la tuméfaction qu'un an avant l'opération. Elle est adressée comme kyste de l'ovaire.

Laparotomie : Volumineuse tumeur d'apparence kystique. Liquid clair, 934 calculs. Cholécystostomie. Guérison.

Obs. CXV. — ROUTIER, *Soc. Chir.*, 21 novembre 1906

Femme, 64 ans. Il y a 41 ans, après deux grossesses successives, elle eut des troubles hépatiques. Gendrin porta le diagnostic d'engorgement du foie et de la vésicule. Régime. Elle alla bien.

20 mai 1906. Subitement perte de l'appétit. Malaises. En juin, Chauffard constate une grosse vésicule sans autres symptômes bien marqués. L'anorexie continue. Dégoût de la viande. Amaigrissement. Pas d'ictère.

1^{er} novembre. Enorme vésicule. Point douloureux spécial siégeant au col de la vésicule et réveillé seulement à la pression.

Laparotomie : Adhérences discrètes du col de la vésicule déplacées et refoulées. Ectomie. Vésicule distendue par un liquide transparent. 4 à 5 calculs. Vésicule : 10 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre, remarquable par la minceur et l'état normal de ses parois.

Obs. CXVI. — RUMANN, *Beiträge zur klin. Chir.*,
1908, p. 539, obs. 14.

Femme, 31 ans. Douleurs depuis longtemps dans le flanc droit, mais sans coliques typiques. Pas d'ictère.

5 mars 1898. Cholécystostomie : Drain. Vésicule fortement tendue, 60 calculs. Liquide muqueux stérile.

Guérison en 30 jours.

Obs. CXVII. — *Ibid.*, p. 542, obs. 39.

Homme. Depuis 4 ans coliques sans ictère. 4 juin 1901. Cholécystostomie. Vésicule très dilatée, fortement tendue, remplie de calculs. Mucus abondant, clair, stérile. Guérison en 39 jours. Revu 5 ans après. Guérison maintenue.

Obs. CXVIII. — *Ibid.*, p. 544, obs. 61.

Homme, 30 ans. Depuis 14 ans douleurs sous forme de coliques dans la région de la vésicule, sans vomissements ni ictère.

5 décembre 1903. Cholécystectomie : Drainage. Vésicule dilatée, tendue. Sténose du col du cystique. Calculs. Mucus clair, stérile.

Guérison en 40 jours.

Obs. CXIX. — *Ibid.*, p. 548, obs. 74.

Femme, 36 ans. Depuis un an tumeur dans le flanc droit ; depuis 14 jours, douleurs au même endroit et vomissements. Pas de coliques. Pas d'ictère.

10 novembre 1905. Vésicule de la grosseur du poing, très distendue. Adhérences au foie. Nombreux calculs dans le cystique. 34 dans la vésicule. Liquide clair, jaune, comme ambré, stérile.

Guérison avec fistule muqueuse fermée en 45 jours.

Obs. CXX. — *Ibid.*, p. 549, obs. 75.

Femme, 31 ans. Depuis six semaines, coliques sans ictère, faiblesse.

17 septembre 1906. Cholécystectomie : Drain. Vésicule très grosse et distendue. Dans le col un retrait avec un calcul. Contenu de la vésicule : Mucus stérile et 164 calculs.

Guérison en 32 jours.

Obs. CXXI. — *Ibid.*, obs. 127.

Femme, 34 ans. Depuis 6 mois, coliques, avec ictère et vomissements.

28 août 1907. Cholécystectomie : Drain. Vésicule grosse fortement distendue. Dans le cystique, calcul mûriforme de la grosseur d'une cerise et un dans le fond de la grosseur d'une amande. Mucus stérile. Guérison en 32 jours.

Obs. CXXI. — LEROY-POTEL, *Echo médical du Nord*, 1907.

Femme, 53 ans. Douleurs abdominales il y a trois ans sur lesquelles elle ne donne aucun renseignement précis. Petites coliques de temps à autre. Un mois avant l'entrée à l'hôpital, les douleurs deviennent continues et s'exagèrent. Constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Pas de troubles digestifs. Mais amaigrissement. Un peu au-dessous et à droite de l'ombilic, tumeur de la grosseur d'une mandarine, mobile dans tous les sens et paraissant siéger sur le côlon transverse. Pas d'ictère, pas de fièvre, pas de décoloration des fèces, pas de coliques hépatiques nettes, constipation avec débâcles ; amaigrissement, siège et mobilité plaidant en faveur d'un néoplasme du côlon.

Laparotomie : Vésicule adhérente en avant au côlon. Cholécystectomie. Liquide blanchâtre ; petits calculs mûriformes du volume d'une noisette dont un obstruait le cystique. Guérison.

Obs. CXXII. — BOURLOT, *Soc. anat.*, 15 juin 1900.

Femme, 42 ans, morte subitement au 8^e jour de la convalescence d'une pneumonie.

La vésicule d'aspect piriforme est comme injectée. Elle mesure 20 centimètres de longueur et 10 centimètres dans son plus grand diamètre. Elle adhère aux organes voisins, notamment à l'épiploon, à la 2^e portion du duodénum, au péritoine pariétal. Elle renfermait 3 calculs de cholestérine chacun du volume d'une grosse noisette ; un 4^e calcul oblitére l'origine du cystique. Contenu formé d'un demi-

litre de liquide filant. Il ne renferme ni pigments ni acides biliaires.

L'examen histologique fait par Cornil montre un épaissement énorme de la paroi dû à sa transformation scléreuse. On y trouve par place des îlots ayant subi la dégénérescence calcaire. L'épithélium de la muqueuse a disparu et celle-ci ne présente plus les plis normaux. La lésion était donc de date très ancienne. La malade n'avait jamais eu ni douleurs hépatiques ni ictère. La vésicule se présentait sous forme d'une tumeur lisse, régulière, du volume du poing, indolente à la palpation ; son siège, sa mobilité latérale, son abaissement lors des mouvements respiratoires en rendaient la nature presque certaine.

Obs. CXXIII-CXXIV. — TORRALD SOLLMANN,
American medicine, 1903, V. 416.

CAS I. — Atrésie congénitale du cystique. Autopsie 290. Homme, 56 ans, mort le 4 décembre 1901 de carcinome de l'estomac avec métastase et péritonite généralisée. La vésicule était distendue, 8 centimètres de longueur sur 3 cent. 5 de largeur ; elle contenait environ 50 centimètres cubes de liquide. Pas de calculs, le cystique était complètement oblitéré sur 5 centimètres environ à mi-chemin entre le cholédoque et la vésicule.

CAS II. — Obstruction du cystique par calculs. Autopsie 311. Femme opérée le 7 novembre 1902. La vésicule mesurait 8 centimètres de long sur 4 cent. 5 de large. Elle était mince et contenait environ 60 centimètres cubes de liquide et 115 calculs allant du volume d'un grain d'orge à celui d'une noisette. Le cystique avait 6 mm. 5 de longueur. Le cholédoque ouvert contenait un calcul de 2 centimètres sur 1 cent. 5.

Résultats de l'examen chimique :

Quantité : 1^{er} cas, 50 centimètres cubes ; 2^e cas, 60 centimètres cubes.

Caractères physiques : Le liquide était incolore, opalescent, visqueux.

Le liquide (1) contenait une forte quantité d'un sédiment blan-

châtre formé de débris cellulaires, leucocytes et quelques cellules épithéliales. Le liquide (2) se sépare en un liquide presque clair, jaunâtre, et un précipité floconneux blanchâtre.

Réaction (1) faiblement acide ; (2) franchement alcaline.

Point de congélation : (1) 0,561 ; (2) 0,536.

Poids spécifique : 1,0067. Matières solides totales, 0,976 0/0. Cendres, 0,883 0/0. Azote, 0,014 0/0.

Cas (1) : L'ébullition du liquide acidifié ne donne pas de précipité ; l'épreuve du biuret est faiblement rose ; l'épreuve xanthoprotéique faible coloration jaune.

Cas (2) : Léger précipité à l'ébullition. La faible coloration de (1) en l'absence de protéide coagulable est attribuable à la mucine. Wintergritz dans ses cas impute les nucléo-albumines.

Les cas de Frerichs, Kœhl et Terrillon contenaient une protéide coagulable comme dans le 2^e cas. Réduction du sucre. Négative dans les deux cas comme dans Wintergritz.

Amylolytie, ferment, absent dans (1) : digestion à 40 C. pendant 4 heures avec empois. Ce ferment paraît avoir été absent dans tous les cas où il a été cherché. Puisque la bile humaine quoique variable contient ce ferment, il paraîtrait que, dans ces cas, il ait été détruit ou absorbé.

Pigments de la bile. Exclue dans les deux cas par l'absence de coloration. Les acides de la bile manquent également. Cristaux de Neither et de Plattner, réaction de Pettenkoffer et de Ilay ne peuvent être obtenus.

Comme les glycoprotéides de la bile humaine sont, comme il est définitivement établi, formées de vraie mucine, que celle des animaux contient en place des nucléo-albumines et que Wintergritz prétend cependant que dans un de ses cas le liquide contenait des nucléo-albumines et non de la mucine, on pousse plus loin les recherches.

Les épreuves suivantes donnent des résultats positifs (elles sont communes à la mucine et aux nucléo-albumines) et s'accordent avec Wintergritz : L'eau donne une solution trouble. $\text{CO}^2 \text{Na}^2$ donne une solution parfaitement claire ; les acides minéraux dilués donnent un

précipité qui se redissout dans un excès de réactif. L'alcool produit un précipité.

Epreuve caractéristique de la mucine (1) par l'acide acétique. Résultat positif.

Examen des calculs du cas (2) :

Les calculs étaient lobulés. La surface est polie, de couleur grisâtre ou légèrement verdâtre, ils sont tendres et savonneux au toucher. La section est grumeleuse et rouge brun. L'examen chimique donne la composition chimique suivante : 93 0/0 de cholestérine 4,5 0/0 de cendres. Traces de pigments biliaires.

Obs. CXXV. — VIGNARD, *Soc. médico-chirurg. des hôp.*,
9 juin 1904.

Femme, 25 ans, éprouve depuis l'âge de 20 ans des douleurs dans l'épigastre dont le début paraît coïncider avec un vomissement de sang noir. Accouchement il y a 15 mois ; infection qui mit la malade 7 semaines au lit ; jaunisse pendant cette période. A peine rétablie, elle constata sous le rebord costal droit une masse grosse environ comme une noix. Cette masse augmenta graduellement de volume, devint gênante et la conduisit à entrer à l'hôpital.

Masse arrondie du volume d'une tête de fœtus à terme, siégeant habituellement sous les fausses côtes droites, se déplaçant avec une facilité extraordinaire pour occuper successivement la région ombilicale et l'hypochondre gauche sans jamais atteindre la fosse iliaque. Tumeur arrondie de la consistance d'un kyste à parois très distendues. Il semble qu'à sa partie supérieure il existe une sorte de pédicule qui la rattache à la région hépatique. Il est certain qu'elle est indépendante de la paroi abdominale, car elle ne s'immobilise point quand on fait contracter les muscles de cette paroi. Pas de douleurs, de troubles digestifs et urinaires. Teinte un peu jaune des téguments. Toucher vaginal négatif. Rein à éliminer. Kyste du mésentère peut-être à cause de cette mobilité qui est une des caractéristiques des tumeurs mésentériques. Mais le siège sous-ombilical n'est pas le siège habituel des néoplasmes du mésentère. Tumeur ovarique.

Kyste soulevé par l'utérus gravide et ayant contracté des adhérences dans la région sus-ombilicale. Vésicule biliaire hydropique.

En faveur de cette dernière hypothèse plaident la jaunisse, les douleurs épigastriques depuis cinq ans et la teinte subictérique actuelle. Enfin, quand on refoule la tumeur du côté gauche, il semble bien qu'elle soit reliée par un pédicule à l'hypochondre droit, car on a de la peine à déprimer la paroi abdominale au-dessous du rebord chondro-costal.

Opération, 9 mai 1904. Laparotomie : Hydropisie de la vésicule. Vésicule libérée du foie et attirée au dehors. Ponction au bistouri. Liquide clair. Fil de lin autour du pédicule au-dessus d'un calcul de la grosseur d'une noisette qui obstrue le cystique et qu'on ne peut refouler en aucun sens. Sutures sur la surface cruentée du foie. Fermeture sans drainage. Suites opératoires bonnes (ectomie).

Obs. CXXVI. — DENUÉ, Communication à la *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 17 octobre 1902.

Femme, 63 ans, entrée le 27 août 1901 pour une tumeur dont elle a constaté la présence dans la partie supérieure du flanc depuis 1 mois 1/2 environ. Antécédents nuls. Il y a trois ans, elle reçut dans la région épigastrique un choc violent par timon de charrette. Elle eut immédiatement un vomissement qui ne se renouvela pas, puis des douleurs qui allèrent en s'atténuant pendant deux mois. Le 10^e jour elle aurait uriné un peu de sang. Il y a 2 mois 1/2, elle vit se développer insensiblement une tumeur siégeant au-dessus et à droite de l'ombilic. Léger amaigrissement. Pas d'ictère, pas de décoloration des fèces. Très constipée.

27 août. Dans l'angle que fait le rebord des fausses côtes droites avec le bord externe du grand droit, une sorte de soulèvement de la paroi qui ne paraît guère être mobilisé par les mouvements respiratoires. A la palpation, tumeur arrondie, de consistance assez ferme, du volume d'une mandarine, qui paraît occuper l'angle colique droit. Pas de fluctuation appréciable. La surface est lisse, égale et ne présente aucune bosseure. La mobilité de la tumeur appréciable dans

le sens transversal est nulle dans le sens vertical. La tumeur paraît séparée du bord inférieur du foie par un espace d'environ deux travers de doigt. A la percussion, matité au niveau de la tumeur, mais entre le rebord costal et la tumeur existe une zone de deux travers de doigt avec sonorité presque tympanique. Palpation absolument indolente. Pas d'hypertrophie du foie et de la rate. Urines, rien. Jamais eu de coliques hépatiques.

Diagnostic : Celui déjà posé de néoplasme de l'intestin siégeant au niveau de l'angle colique droit, mais n'ayant amené encore aucun phénomène de rétention intestinale. Ce diagnostic est accepté, à cause du manque de signes hépatiques et rénaux et de la zone de sonorité entre la tumeur et le foie.

3 août. Laparotomie : Tumeur indépendante de l'intestin, ovoïde, tendue : vésicule biliaire. Ponction : 200 grammes de liquide. Calcul dans le cystique que l'on extrait. Le canal est alors perméable. Cholécystotomie idéale. Suites opératoires bonnes. La malade est revue 3 mois plus tard en bonne santé.

Obs. CXXVII.— BROCA (A.), *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1894, p. 369-372.

Femme, 38 ans. Entre à l'hôpital :

1° Pour troubles utérins ;

2° Pour tumeur de l'hypochondre droit.

Les douleurs sont pelviennes ; rétroversion avec salpingite double.

La tumeur date de 2 mois, lisse, régulière, allongée, grand axe oblique en bas et à droite, se termine en bas dans la partie supéro-interne de la fosse iliaque droite par une extrémité arrondie ; supérieurement elle se perd dans l'hypochondre droit sans qu'on puisse délimiter son extrémité. Les bords supérieur, inférieur et droit sont arrondis.

Cette tumeur est dure, de consistance égale et d'abord elle donne la sensibilisation d'un rein augmenté de volume. Quand on la refoule de gauche à droite et de droite à gauche, on peut ramener son extrémité inférieure franchement dans la fosse iliaque droite. Il semble

que dans ces mouvements, la tumeur oscille autour d'une insertion répondant au bord externe du grand droit. Le rein est en place. Pas de troubles urinaires.

23 août 1892. Laparotomie : Vésicule libre par son fond. Près du col un petit repli péritonéal l'unit à la face inférieure du foie. Calculs dans le cystique que l'on fait tomber en appuyant d'arrière en avant. Ligature sur le cystique. Suture de la collerette péritonéale à l'angle supérieur de la plaie. Guérison suivie un an.

Analyse du liquide : Liquide transparent filant, 300 grammes. Neutre. Ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, ni chaux. NaCl en quantité notable. Traces de phosphore. Ensemencements stériles (Gilbert).

Obs. CXXVIII. — OZENNE, *Journ. Méd.*,
Paris, 1902, p. 416.

Femme, 47 ans. Manifestations arthritiques dans l'adolescence 1895, gastralgie avec retentissement apparent du côté du foie. Constipation.

Avril 1897. Subite douleur dans le flanc droit et l'hypochondre que la pression réveille surtout à la partie supérieure de la fosse iliaque. Atténuation de ces douleurs au bout de quelques jours. Mais une tuméfaction se développe dans le flanc droit. Les douleurs reparaissent. Pouls rapide, pas de température.

23 mars 1897. P. : 420. T. : 37°1, face plombée, soif vive, respiration courte, ventre ballonné, sonore et souple à gauche, mat, résistant, sensible à droite. Tumeur descendant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, remontant jusque près du foie, séparée de lui par 2 travers de doigt de zone sonore, fluctuante, semble faire corps avec la paroi abdominale dont elle ne pouvait être isolée, ne suivant pas l'ascension du foie dans les mouvements respiratoires. La paroi abdominale n'est ni rouge, ni œdématisée. Douleur vive à la pression. Rien dans les urines. Rein droit en place.

Diagnostic : Kyste hydatique du foie et de la paroi abdominale.

Appendicite suppurée.

24 mai. Incision latérale courbe (Roux).

Paroi de la poche peu épaisse, friable. 1 litre 1/2 de liquide blanchâtre, dans lequel nagent des flocons nuageux semblables à des hydatides. On reste convaincu de l'existence d'un kyste hydatique de la paroi bien que la sonde cannelée remonte à 15-20 centimètres vers le foie. Un trajet fistuleux persiste.

2^e opération. On découvre le trajet fistuleux qui conduit à la vésicule. Calcul dans le col de la vésicule à l'entrée du cystique. Libération d'une anse intestinale adhérente à la poche. Cholécystectomie partielle par suite d'adhérences au foie. Drainage à la gaze, puis au drain.

4^e jour. Abscess stercoral, perforation de l'anse libérée. La perforation se ferme spontanément. La fistule biliaire est obstruée à la 6^e semaine. Cicatrisation de la plaie au bout de 2 mois 1/2. Guérison maintenue.

Examen histologique : Tumeur vésiculaire nette, formée aux dépens de la tunique externe. Calcul formé de cristaux transparents à teinte blanc rougeâtre, de la grosseur d'une olive. P. : 4 grammes. Cholestérine.

Obs. CXXIX. — DELBET, *Société anatomique*, 1^{er} mars 1907.

Femme, 38 ans. Rien dans les antécédents. 28 janvier 1906 : Douleurs vives, brusques, dans le flanc droit le soir après le repas avec vomissements alimentaires. 29 janvier : Les douleurs reviennent par crises et les vomissements sont franchement bilieux. Constipation absolue. Pas de fièvre. Pouls lent. Vive douleur à la pression du flanc droit. Pas d'ictère. Diagnostic probable d'après Prévot de Chauny :

a) Appendicite à siège anormal.

b) Rein mobile avec crise d'étranglement.

Diète ; opium ; les accidents continuent toujours sans fièvre. Maximum douloureux au-dessous des fausses côtes. Appendicite éliminée. Purgation. Constipation disparaît. Mais la douleur persiste, sourde et continue. Bientôt apparaît, s'allongeant le long du bord externe du grand droit, une tumeur lisse, régulière, bien circonscrite et rénitente.

10 mars 1906. Vésicule du volume du poing, descendant dans le flanc droit. Pas d'ictère.

8 avril 1906. Laparotomie. Ponction : 300 grammes de liquide visqueux, filant comme de la gomme, 64 calculs allant du volume d'un pois à celui d'une bille, taillés à facettes, libres, sauf les deux derniers qui, enclavés dans le col et placés dans le recessus qui marque l'origine du cystique, étaient fortement enclavés. Les voies biliaires principales sont libres. La vésicule est marsupialisée et drainée. Le deuxième jour, la bile coule. Le 20^e jour, le drain est enlevé.

Guérison sans fistule.

Obs. CXXX. — Pr POLLOSSON (In Th. de G. COTTE, obs. 4).

Femme, 23 ans. Entre pour fausse couche. Tumeur dans le flanc droit de la grosseur du poing, rénitente, sur laquelle la malade n'attire pas l'attention.

Diagnostic par un médecin 1 an auparavant : kyste de l'ovaire. Tumeur arrondie, très régulière, de consistance partout égale. Dans le décubitus dorsal, toujours à droite de la ligne médiane occupant à la fois l'hypochondre, le flanc droit et la région ombilicale ; limite inférieure à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Très mobile, se déplaçant dans tous les changements de position de la malade. A la palpation, on pouvait également l'amener progressivement aux extrêmes limites latérales de l'abdomen et à gauche notamment on pouvait la refouler jusque dans la région splénique. Dans la position de Trendelenburg, la tumeur gagnait l'épigastre et elle se cachait en grande partie sous les fausses côtes. On sentait très bien le rein droit indépendant de la tumeur. La percussion révélait une zone sonore entre la matité hépatique et la matité de la tumeur. Il ne s'agissait pas d'un kyste de l'ovaire, le pelvis était entièrement libre. De même, l'absence de signes urinaires et la perception très nette du rein permettaient d'éliminer l'hypothèse d'une tumeur rénale ou d'une hydronéphrose. La malade ne dit qu'après l'opération qu'elle avait eu 4 ans auparavant des crises gastriques violentes avec vomissements. Aussi, cette notion n'étant pas connue avant l'in-

tervention, la malade, d'autre part, n'ayant jamais eu d'ictère, on avait éliminé la possibilité d'une tumeur vésiculaire et on avait pensé qu'il s'agissait probablement d'un kyste de l'épiploon.

27 avril 1908. Laparotomie : Grosse vésicule, appendue au foie par un long pédicule et séparée de son bord antérieur par le côlon transverse. L'exploration du pédicule permet de sentir deux calculs dans la première portion du cystique qu'on fait refluer vers la vésicule. Voies principales libres de tout calcul.

Cholécystectomie sous-séreuse.

Suites immédiates excellentes.

Obs. CXXXI. — DELORE (In Th. COTTE, obs. 10).

Femme, 44 ans. Entrée : 24 octobre 1905. Jamais eu d'ictère. Il y a deux mois, une crise de douleurs épigastriques avec vomissements. Léger amaigrissement.

Tumeur paramédiane droite, située au-dessous du foie qui est abaissé aussi, ainsi que l'estomac. On pourrait penser à un néoplasme pylorique, mais on ne trouve pas de résidu au lavage de l'estomac et par l'insufflation stomacale la tumeur ne bouge pas.

Laparotomie : Grosse vésicule biliaire. Ponction : Liquide muqueux, 300 à 400 grammes, 30 à 40 calculs. Les tuniques vésiculaires sont très épaissies, aussi se décide-t-on à une ectomie sous-séreuse. Mèche.

Guérison rapide, se maintient en 1908. Sur la pièce, cystique dilaté près du bassinet, rétréci près du cholédoque.

Obs. CXXXII. — DELORE (In Th. COTTE, obs. 16).

Femme, 34 ans. Nombreux enfants. Après le dernier accouchement survenu il y a un mois, la malade a ressenti de violentes douleurs dans le côté droit. Jamais eu d'ictère. Sur le bord externe du grand droit, tumeur réniforme donnant la sensation de ballottement. Pas de température.

Laparotomie : Grosse vésicule biliaire épaissie, dont la ponction ramène environ un demi-litre de liquide séreux. Elle contient en outre

7 à 8 calculs taillés à facettes et qui oblitéraient le cystique. La vésicule adhérent au foie et au colon, cholécystectomie sous-séreuse en enlevant le cystique jusqu'au cholédoque. La cavité sous-séreuse est marsupialisée par suture de son ouverture à la paroi abdominale. Mèche.

5 juillet. Sortie. Guérison maintenue jusqu'en 1908.

Obs. CXXXIII. — LUIS BOTTARO, *Rev. med.*, juin 1909.

Femme, 37 ans. Antécédents héréditaires nuls. Troubles gastriques dans le jeune âge. Pas de douleurs hépatiques. Pas d'ictère.

Il y a un an, première attaque de coliques hépatiques. Douleur épigastrique. Sensibilité nette à la région vésiculaire avec irradiation dans l'épaule droite et dans le dos. Ictère par rétention. Nouvel accès en septembre dernier.

27 janvier dernier, crise aiguë de 4 jours calmée par la morphine et reparaissant dès que le médicament cesse d'agir.

Hôpital, 1^{er} février. Altération des traits. Teinte ictérique. Matières fécales moins colorées que normalement. Urines abondantes. Tuméfaction hépatique et vésicule se dessinant nettement à travers la paroi. Le foie descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Vésicule de la grosseur d'une orange, ronde, tendue, un peu sensible. La palpation attentive du bord hépatique permet de constater qu'il s'amincit et plonge sur la vésicule, se mobilisant légèrement avec elle. A l'opération nous avons pu vérifier notre diagnostic et contrôler la formation d'un lobe de Riedel. Foie très sensible ne permettant guère l'exploration. Température ne dépasse pas 38°.

La dimension anormale de la vésicule, sa sensibilité conduisent au diagnostic d'hydropisie. Les phénomènes aigus correspondent naturellement à des lésions des voies biliaires principales.

3 février. Lobe de Riedel. La vésicule est libre d'adhérences à sa partie supérieure. Ponction : 450 centimètres cubes de liquide sirupeux et grisâtre. Présence de calculs variés dans l'intérieur. Un calcul dans le col ; il est enlevé par l'incision longitudinale du bord inférieur suivant la méthode de Delagenière. Il est très faible, se

fragmente à l'extraction, de coloration blanchâtre, nettement formée de cholestérine. Les parois sont épaissies. Muqueuse épaisse, granuleuse, rouge sombre. Malgré le retrait du calcul, il ne s'écoule pas de bile par le cystique. Gros calcul enclavé dans l'hépatique vers sa naissance. Le cholédoque est entièrement libre. Hépaticotomie. Calcul de la grosseur d'une amande taillée, à facettes. Cholécystectomie. Drain dans l'hépatique latéralement, donne les trois premiers jours beaucoup de bile. Suppression le 5^e jour. 24 jours après l'opération le trajet est fermé.

Obs. CXXXIV. — SOLER, *Rev. Soc. méd. argent.*,
Buenos-Ayres, 1908.

Femme, 25 ans. Vers 18 ans elle eut des céphalées violentes avec crises gastralgiques et vomissements apparaissant irrégulièrement. Tous ces phénomènes se présentaient sans fièvre à intervalles variables. Pas de constipation. Pas de décoloration des matières fécales. En présence de cet état à marche lente, mais continue, le médecin pensa à de l'anémie. Pas d'amélioration par les médicaments.

Entrée à l'hôpital : 13 novembre 1907. Extrême faiblesse. Intolérance gastrique absolue. Pas trop de douleur. Peau et muqueuses peu colorées. Pouls irrégulier, mais fréquent (96). Foie normal. Pas d'ictère, n'en a d'ailleurs jamais eu. A la palpation de l'abdomen, on constate une tumeur du volume d'une mandarine, mobile en tout sens, très peu douloureuse. Cette tumeur que l'on sent attachée au flanc droit par un large pédicule fait penser à un rein sorti de sa loge. Urines acides. D. = 1,020. Urée 10,26. Eléments normaux. Vestiges d'indican. Peu de leucocytes. T. 37°.

Diagnostic : Rein mobile. Néphropexie le 7 décembre.

La malade est améliorée de ses troubles digestifs.

Nouvel examen : On retrouve dans l'hypochondre une tumeur que l'on pense dépendre de l'épiploon, elle se mobilise dans tout le ventre, descend jusqu'au pelvis, se cache sous les fausses côtes gauches et occupe l'une et l'autre fosse iliaque. Sa forme paraît un peu allongée. En liberté elle a une tendance à occuper la ligne médiane à la

hauteur de l'ombilic. L'examen gynécologique exclut toute lésion utérine ou annexielle. On trouve cependant une autre tumeur qui arrive à deux travers de doigt du pubis, lisse, ronde, occupant le côté droit du pelvis, mais sans avoir aucune relation avec la tumeur flottante. Le toucher donne l'utérus dévié à gauche et en arrière. On ne sent ni les trompes ni les ovaires. La tumeur occupe la place des annexes droites, de la grosseur d'un petit poing, enclavée, peu mobile.

Diagnostic : Kyste intraligamentaire avec la possibilité de grossesse extra-utérine malgré la persistance des règles. On se propose d'enlever les deux tumeurs.

Opération : Tumeur gris verdâtre, libre complètement, qui est la vésicule biliaire. Décortication du péritoine. Ectomie Vésicule de 20 centimètres de long sur 5 à 6 de diamètre. 20 calculs de grosseur variable et environ 250 grammes d'un liquide opaque, gris, légèrement visqueux.

Utérus bicorne quasi-didelphe sain, comme les annexes.

Le collet de la vésicule est fort délié, 3 mill. 1/2.

Guérison absolue.

Obs. CXXXV. — SOLER, *Rev. Soc. méd. argent.*,

Buenos-Ayres, 28 avril 1908, obs. 2.

Femme, 38 ans. Sœur a eu des coliques hépatiques. A 14 ans, avant l'apparition de ses règles, elle eut un ictère qui dura un mois et quelques attaques de paludisme. Deux accouchements prématurés à 32 et 36 ans. Une fausse couche de trois mois. Dès lors elle eut des vomissements bilieux dont elle ne s'inquiéta pas. Elle eut une teinte ictérique variable avec sensation de plénitude dans la région de la vésicule biliaire. Depuis 5 mois l'état empire.

Hôpital : Légère teinte ictérique. Ni fièvre ni constipation. Pas de décoloration des matières fécales. Urines rouges. Vomissements biliaires plus fréquents, plus importuns. Douleur fixe continue dans la région vésiculaire. A la palpation tumeur lisse, grosse, globuleuse, quelque peu mobile, qui tient l'hypochondre et le flanc droit, sensible

à la pression et franchement résistante. Pas de température. P. 84.

Diagnostic : Lithiase biliaire avec hydropisie de la vésicule.

Laparotomie : Cholécystectomie. Décortication de la vésicule ; ligature du pédicule et péritonisation. Drain (48 h.) auquel on substitue une mèche de gaze. Convalescence le 12^e jour. La vésicule contenait 450 à 500 grammes d'un liquide gris blanchâtre. Grands calculs mûriformes, un du volume d'une noix dans le cystique. La grande capacité de la vésicule oblige à une décortication assez étendue pour pédiculiser et avoir le collet rétréci.

Obs. CXXXVI. — J. COURMONT, DURAND, CHALIER,
Lyon Médical, 21 mai 1907.

Femme, 45 ans. 3 septembre 1906, Saint Pothin. Antécédents héréditaires : rien. Antécédents personnels : Troubles gastriques depuis l'adolescence accrus à la suite de deux accouchements. Séjour de trois ans il y a 10 ans en médecine. Les douleurs épigastriques ont persisté. Depuis 3 mois, lassitude, jambes enflées. Quelques douleurs, mais peu nettes, dans le côté droit. Amaigrissement faisant des progrès marqués et, depuis trois semaines, presque tous les jours vomissements alimentaires ou bilieux. Assez bon état général à l'entrée. Anesthésie pharyngée et cornéenne. Zones hystérogènes. Rien au tube digestif et à l'abdomen. Utérus latéroversé et douleur dans le cul-de-sac latéral droit.

17 septembre. Malade tousse, crache, vomit. Sang d'origine indéterminée. Palpation de l'abdomen difficile. Estomac semble dilaté et descend jusqu'à l'ombilic.

30 novembre. Douleurs continues dans la région épigastrique. Vomissements. Liquide vomi ne contient pas d'HCl, mais de l'acide lactique.

6 novembre. Pas de fièvre, pas d'albumine. Maigrie de 8 kilos depuis juillet. Facies cependant coloré. Crachoir sang gelée de groseille. Pas de diarrhée. Vomissements persistent. A l'examen on constate seulement à la palpation l'existence d'une petite masse dure, arrondie, flottante au-dessous du foie.

Radiographie : Estomac en bissac étranglé à la partie moyenne, laissant voir comme entouré d'un croissant de bismuth une masse claire à la hauteur de la première vertèbre lombaire. Si on gonfle davantage l'estomac, il paraît placé au devant de cette masse qui est probablement une tumeur rétro-stomacale.

9 novembre, Vomissements. 10 décembre, Lait. Les souffrances ont persisté. Amaigrissement de 3 kilogs. Douleurs spontanées et provoquées, sont très fortes dans toute la région épigastrique. Elles prédominent du côté gauche entre la région splénique et l'appendice xyphoïde. 12 décembre, Douleurs vives dans la région hépatique. 7 février 1907, Douleurs intercostales vives et continues dans la région gastrique et dans le dos. A la pression, douleur surtout dans la région hépatique. Palpation négative, gênée par le ballonnement du ventre et de la paroi. En somme, paroxysmes douloureux débutant et dominant dans l'hypochondre droit. Pas de subictère, pas de décoloration des fèces. Seule constipation, pas de température, pas d'œdème des jambes. Urines normales. Amaigrissement peu marqué les derniers temps.

6 mars. Région hépatique toujours douloureuse. Ventre ballonné. Très grande faiblesse. Pas d'anémie.

Opération : 11 mars 1907. Laparatomie : Estomac intègre. Rien d'anormal. Mais grosse vésicule ; distendue sans trace apparente d'inflammation autour d'elle. 15 centimètres de long sur 6 à 7 centimètres de large, très tendue, comme injectée sous pression. Ponction 180 grammes. Liquide clair un peu filant (ni sels, ni pigments biliaires) ; deux petits calculs à l'embouchure du cystique, blanc jaunâtre, mûriformes, de 7 à 8 millimètres de diamètre. On laisse la vésicule libre sans suture à la paroi, entourée de compresses bordant la plaie. Tube dans la vésicule comme celui de Kehr dans l'hépatique. 21 mai, Guérison sans fistule.

Obs CXXXVII. — D. N. LEOTTA, *Bulletino della Reale Accademia Medica di Roma*, 1908, p. 84.

Femme, 45 ans, ménagère. Rien à noter dans les antécédents héréd-

ditaires et collatéraux. Réglée à 15 ans régulièrement jusqu'à la ménopause qui remonte à 4 mois. 4 grossesses, la 2^e terminée par un avortement à 2 mois. Pas de température.

Depuis 10 ans, date de son premier accouchement, l'attention de la malade fut par hasard attirée sur la présence dans la moitié droite de l'abdomen, plus exactement dans la partie supérieure de la fosse iliaque, d'une tumeur du volume du poing, mobile, indolente. La tumeur ne lui causa nulle inquiétude et elle put porter à terme les grossesses suivantes.

Depuis 3 mois, elle a commencé à se plaindre d'une douleur à caractère gravatif, dans la région du flanc droit, sans localisation précise, s'irradiant à l'épigastre et dans la cuisse du même côté. Cette douleur était variable, en rapport avec les fatigues corporelles ; elles cessaient dans le repos au lit. Urines limpides normales. Digestion lente. Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de décoloration des matières fécales. Pas d'ictère.

Entrée le 6 décembre 1907.

Inspection : rien de particulier.

Palpation : A la palpation profonde du flanc droit, tumeur du volume d'un gros poing, de forme ovale, dirigée de haut en bas, de dehors en dedans, à limites nettes, à superficie lisse, nette, régulière, de consistance dure, élastique. Douleur à la pression à la hauteur de la ligne ombilicale transverse. Mobilité dans tous les sens, mais d'une façon inégale ; en bas, le pôle inférieur va rejoindre la ligne bi-iliaque ; en dedans, la tumeur touche la ligne médiane ; en la poussant de bas en haut et de dedans en dehors, elle peut se réfugier en grande partie dans la loge rénale. Dès que l'on cesse d'appuyer, elle reprend sa position primitive. On ne peut apprécier le pôle inférieur du rein droit ni celui du rein gauche.

Percussion : Son tympanique au devant de la tumeur par la présence d'une anse intestinale. Le côlon gonflé par voie rectale est au devant de la tumeur ; on passe de la matité hépatique à la sonorité colique. Mais en percutant le flanc droit, on trouve une matité répondant à la tumeur en arrière de la limite de la sonorité colique. Foie normal. Pas de liquide dans l'abdomen. Auscultation : rien.

Examen général : rien de particulier.

Opération, 24 décembre 1907. Incision de Durante. On constate la présence d'un rein mobile. Avant de procéder à la néphropexie, comme à l'examen, on avait pensé que la tumeur pouvait être une vésicule, on voulut palper à travers le péritoine les organes abdominaux. On constate l'existence d'une tumeur allongée de haut en bas qui s'étend jusqu'au rebord hépatique.

Ouverture de 10 centimètres dans le péritoine. Extradition de la tumeur, qui est la vésicule biliaire débordant le bord du foie comme un saucisson de 4 centimètres de diamètre sur 8 centimètres de long. Parois normales. Incision. Liquide limpide comme du cristal de roche. Les parois ni épaissies ni amincies n'étaient pas altérées. Calcul gros comme un œuf de pigeon dans le fond de la vésicule, avec un plus petit dans le cystique. Extraction facile. Il coule aussitôt de la bile. Cholécystostomie avec ectomie partielle. Suites normales. Quitte l'hôpital le 27 janvier 1908. Revue le 23 février en bon état.

Obs. CXXXVIII. — Observation due à l'obligeance du
D^r H. DELAGENIÈRE (Le Mans), St. n° 4706.

Femme, 25 ans. Cultivatrice. Opérée le 28 janvier 1903. Chloroforme.

Diagnostic : Cholécystite calculeuse ; tumeur volumineuse se déplaçant avec le rein ; ballottement.

Opération : Incision sur le bord externe du grand droit. Ponction de la vésicule qui contient 250 grammes de liquide opalin ; 2 gros calculs dans le cystique. Cholécystectomie totale.

Obs. CXXXIX. — Due l'obligeance du D^r DELAGENIÈRE,
St. n° 5912.

Femme, 52 ans. Cultivatrice opérée le 20 mars 1905. Chloroforme.

Diagnostic : Hépatopexie et cholécystite calculeuse. La vésicule descend jusqu'au-dessus du pubis. Le foie descend dans la fosse iliaque droite. Sonorité à la base du poulmon.

Opération : Cholécystectomie sans ouverture de la vésicule.

Hépatopexie : 2 fils transversaux dans la rainure du corset.

103 calculs, dont un gros comme une noix. Le plus petit de la grosseur d'un pois. Vésicule démesurée uniforme à parois charnues, pleine de liquide clair transparent, dans lequel baignent les calculs formés de cholestérine pure. Ils ont été radiographiés par le Dr Luillieux.

Suites normales.

Obs. CXL. — *Hydropisie de la vésicule biliaire par oblitération calculuse du canal cystique. — Ectomie partielle. — Cholécystotomie. — Guérison.*

(Observation inédite, due à l'obligeance du Dr CANNIOT, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

La malade qui fait le sujet de cette observation, Mme D..., des environs de Saint-Quentin, est âgée de 33 ans. Ses antécédents héréditaires sont excellents. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants. Ils n'ont jamais fait aucune maladie grave. Un frère âgé de 34 ans et une sœur de 30 ans sont également en bonne santé. Un frère de 27 ans est neurasthénique.

Les antécédents personnels de la malade sont moins bons. A 13 ans, elle a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu, qui a nécessité un séjour au lit de 3 mois.

Réglée à 14 ans, mariée à 19, elle a eu trois grossesses qui se sont terminées normalement. La première à 20 ans, la seconde à 27 ans et la troisième à 29 ans. Six semaines après son premier accouchement, Mme D... a été prise d'une colique hépatique qui a duré 24 heures. A 24 ans, nouvelle crise douloureuse suivie deux ans après d'une nouvelle crise très violente. A partir de ce moment, les crises sont revenues 3 ou 4 fois l'an jusqu'en août 1907. A cette date, crise excessivement douloureuse après laquelle s'est montrée une jaunisse qui a duré 2 mois. L'ictère disparu, l'état général s'est amélioré, mais la région de la vésicule biliaire est toujours restée très douloureuse.

Quand nous voyons la malade pour la première fois en février 1908 nous la trouvons dans l'état suivant :

Le facies est bon, les joues assez colorées. Le poids est de 65 kilos pour une taille de 1 m. 60 environ. Il n'y a pas de fièvre et il n'y en a jamais eu. L'appétit est faible, la langue normale, les digestions pénibles. La constipation habituelle. Pas d'ictère.

Les urines sont normales sans sucre, sans albumine, sans bile.

Règles toutes les trois semaines durant 8 à 10 jours et accompagnées de migraines.

La malade se plaint de douleurs constantes, mais plus ou moins intenses siégeant au creux épigastrique, dans la région du foie, dans les reins et entre les deux épaules. Ces douleurs sont exaspérées par les mouvements, le travail de la digestion et le moindre frôlement.

Le foie est normal, non augmenté de volume, mais à la palpation on sent nettement et facilement au-dessous de lui, sur le bord externe du muscle droit, une tumeur ovoïde, fluctuante, douloureuse à la pression et descendant au-dessous de l'ombilic. Cette grosseur est mate à la percussion ; elle suit les mouvements du foie. Si, d'une main, on presse sur elle en avant on renvoie facilement la fluctuation à la seconde main placée dans la région lombaire.

Les reins sont sains. La rate n'est pas grosse.

Aucune lésion du côté de l'utérus et des ovaires.

Le cœur et les poumons sont sains.

Après cet examen, nous avons porté le diagnostic de calcul de la vésicule biliaire avec hydropisie probable et conseillé une opération qui fut acceptée immédiatement.

La malade, entrée le 4 mars 1908 à la Clinique chirurgicale de St-Quentin, fut opérée le 6 par le Dr Canniot.

Opération : Incision verticale de 12 millimètres environ sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen. Le ventre ouvert, on aperçoit la vésicule très distendue, non adhérente aux organes voisins. Une ponction faite avec l'appareil Potain ramène un peu plus de $\frac{3}{4}$ de litre d'un liquide clair, transparent, non bilieux. Large ouverture de la vésicule biliaire qui permet d'extraire 4 calculs engagés dans le canal cystique. Les 3 plus voisins de la vésicule sont à facettes, le 4^e fortement engagé dans le canal cystique est cubique. Ces calculs enlevés, on explore le canal cystique qui est reconnu



FIG. 1

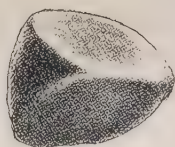


FIG. 2

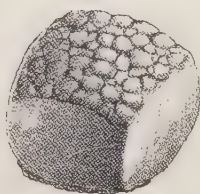


FIG. 3

perméable. Dans ces conditions, il n'y avait pas nécessité d'enlever en totalité la vésicule biliaire. Nous avons pratiqué une cholécystectomie partielle et enlevé toute la partie de la vésicule qui dépassait le bord libre du foie.

Suture de la vésicule. 2 plans de suture au surjet, un profond comprenant toute l'épaisseur des parois et un superficiel purement séreux.

Réunion complète de la paroi sans drainage.

Le premier soir, douleurs vives entre les deux épaules, calmées par un centigramme de morphine.

A partir du 8 mars, plus de douleurs. La malade n'a jamais eu ni fièvre, ni réaction abdominale.

Le 15 mars, ablation des crins de Florence qui réunissaient la paroi. Réunion complète par première intention.

Le 28 mars 1908, Mme D... sort complètement guérie.

Nous avons eu l'occasion de la voir plusieurs fois depuis, elle ne souffre plus et se montre enchantée du résultat de son opération.

Examen de la partie de la vésicule enlevée.

Vésicule épaissie, les parois mesurent 3 millim. 1/2, sont ternes, comme lavées; les plis normaux sont effacés. Au microscope, elle est transformée en un tissu conjonctif dense, légèrement stratifié. Il n'y a plus de traces de sous-muqueuse ni de muqueuse, ceci dû sans doute à une macération trop longue dans l'alcool avant la préparation. Les diverticules glandulaires ont complètement disparu. On retrouve quelques traces de fibres musculaires perdues dans le tissu conjonctif. Les assises péritonéales de la couche externe n'existent plus. On note une vascularisation très développée dans toute l'épaisseur de la paroi. Par places on trouve quelques amas de polynucéaires disséminés sans siège de prédilection.

Le liquide a été examiné par M. Topin, docteur en pharmacie. Il présentait les caractères suivants :

Liquide opalin transparent visqueux à réaction légèrement alcaline.

Densité : 1007.

Ce liquide additionné d'acide acétique à 1/10 donne un abondant

précipité. Ce précipité est insoluble dans l'acide acétique, soluble dans l'acide chlorhydrique.

Hydrolisé par l'acide chlorhydrique dilué, il réduit la liqueur de Fehling. Il s'agit de mucine. Le liquide débarrassé des alcali-albumines donne la réaction de l'albumine ordinaire. Le dépôt blanc caséeux est formé de leucocytes pour la plupart mononucléaires, de quelques rares hématies et de quelques lamelles de cholestérine.

L'examen bactériologique n'a pas été fait. Les calculs sont au nombre de 4, les 3 premiers pyramidaux et à facettes, rouge brun ; le 4^e est cubique, lisse sur 4 faces, mûriforme sur les 2 autres, il pèse 4 grammes, est blanchâtre et représente une belle concrétion de cholestérine.

Réflexions : Dans cette observation, j'ai pratiqué de parti-pris la cholécystotomie avec cholécystectomie partielle qui me paraît indiquée à l'exclusion de toute autre opération dans les cas d'hydropisie vésiculaire quand le cystique est libre et que la vésicule apparemment saine et très distendue et se rétracte mal. C'est donc elle qu'il faut employer dans tous les cas où, pour le motif indiqué plus haut, la cholécystotomie idéale à sutures perdues n'est pas possible. Comparée à la cholécystostomie, elle présente les caractères suivants : possibilité d'une guérison rapide sans crainte d'infection secondaire. Elle est plus facile et moins dangereuse que la cholécystectomie totale. Elle ne laisse pas dans le ventre un moignon capable de s'infecter. Elle laisse au malade une vésicule utile et si plus tard l'opéré voyait son cholédoque s'oblitérer par un calcul venu du foie, il serait toujours possible de pratiquer une cholécystentérostomie.

Sur les statistiques que nous avons données, nous avons ajouté aux 140 observations précédentes 5 observations placées à l'historique.

N'ayant parlé que brièvement de l'hydropisie intermittente dont les phénomènes peuvent se comparer à ceux de l'hydronéphrose intermittente et dont il n'a été

publié que des faits cliniques sans relations anatomiques étroites, nous ne rapporterons point d'observations et nous renverrons pour elle aux articles de VILLARD et COTTE, *Revue de Chirurgie*, 1906, p. 123 ; aux observations de DELORE, JABOULAY, POLLOSSON, *Société des sciences médicales de Lyon*, VILLARD, *Presse médicale*, 3 janvier 1910.

STATISTIQUE

Sur 130 opérations où les résultats opératoires sont donnés il a été pratiqué :

1 ponction exploratrice après laparotomie. Guérison ;

2 ouvertures aux caustiques. Guérison ;

1 ponction sans laparotomie. Guérison avec fistule ;

2 cholécystentérostomies avec une guérison et une mort le 10^e jour ;

48 cholécystostomies avec :

5 morts imputables à l'évolution des néoplasmes, causes de l'obstruction ;

1 mort due à l'épuisement de la malade et à des hémorragies ;

16 fistules d'une durée de six semaines à 3 mois ; dans deux cas il y a eu lieu de pratiquer une 2^e intervention pour fermer la fistule ;

27 cholécystotomies avec :

2 morts, une de congestion rénale 48 heures après l'opération ; la 2^e de péritonite consécutive à une occlusion intestinale due à la compression du côlon par la vésicule hydropique. Dans les autres cas, guérison parfaite du 12^e au 30^e jour ;

49 cholécystectomies avec :

1 mort par évolution d'un néoplasme ;

1 mort au bout de 4 mois d'accidents infectieux mal déterminés ;

1 mort par péritonite aiguë après ponction du moignon abcédant ;

2 abcès de la paroi ;

1 éventration ;

Guérison de tous les autres cas.

CONCLUSIONS

L'hydropisie de la vésicule se rencontre le plus souvent à l'âge mur et chez la femme.

Elle reconnaît comme cause déterminante l'oblitération du cystique. Cette oblitération est presque toujours d'origine calculieuse.

L'hydropisie entraîne la distension de la vésicule. Les parois sont amincies ou épaissies. Elles présentent une hypertrophie de la couche connective fibreuse ; la couche musculaire est normale ou atrophiée ; l'épithélium cylindrique subsiste par place, ou disparaît, ou fait place au type pavimenteux.

Le liquide contenu est séreux ou séro-muqueux.

La lésion est aseptique et apyrétique.

La vésicule hydropique est formée par une tumeur piriforme saillant à l'angle formé par le bord externe du grand droit et le rebord costal ; elle est lisse, fluctuante, suit le foie dans les mouvements respiratoires, présente une matité en continuité avec celle du foie. C'est la seule complication grave de la lithiase biliaire qui ne s'accompagne pas d'ictère.

Elle se diagnostiquera avec les tumeurs propres de la vésicule, du foie, avec celles du pancréas, de la paroi abdominale, du mésentère, du rein, de l'ovaire.

Son évolution est plus ou moins lente. Elle peut se compliquer de troubles généraux (digestifs, nerveux), de troubles locaux (rupture, empyème, compression des organes de voisinage).

Le traitement médical s'adressera à la période de début.

L'affection confirmée, le traitement est chirurgical.

1) Cholécystotomie idéale avec ou sans cholécystectomie partielle toutes les fois que le cystique est perméable et les parois vésiculaires bonnes.

2) Cholécystectomie dans tous les autres cas.

Vu :

Le Président de la thèse,
CH. ACHARD.

Vu :

Le Doyen :
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Baudouin (Marcel).** — *Des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires.*
- Bazy.** — Des conditions de la rétraction et de la dilatation de la vésicule. *Bull. Soc. Chir.*, 1906, p. 390.
— *Tribune Médicale*, 1906, p. 197.
- Bernays (A.-C.).** — A successfull case of ideal cholecystotomy with critical remarks on the pathology and the different operative procedures practiced on the system of gall vessels. *Weekly med. Rev.*, Chicago, 1885, XII, p. 350, 359.
- Bernard.** — Premier examen précis du liquide de l'hydropisie de la vésicule. *Lugd. Bat.*, 1796.
- Blattmann.** — *Korr. f. schweizer Aerzte*, 1890, t. VIII, p. 101.
- Blodgett.** — Homœopathie. *Med. Times*, New-York, juillet 1879.
- Bobbs.** — *Transactions of the Indiana State Medical Society*, p. 68, 1868.
- Bouilly.** — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 23 mars 1891.
- Bourlot.** — Note sur un cas d'hydropisie de la vésicule biliaire consécutive, à une oblitération calculeuse de l'origine du cystique. *Soc. Anat.*, 15 juin 1900, LXXV, 609.
- Broca (A.).** — Cholécystectomie pour lithiase limitée à la vésicule biliaire. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1894, p. 369-372.
- Brousson.** — *Bull. Soc. Chir.*, 7 juillet 1883.
- Brown (G.).** — The treatment of dropsy of the gallbladder by operation with notes of a successfull case. *Brit. med. Journ.*, London, 1878, II, 916-918.
- Calot.** — *De la cholécystectomie.* Th. de Paris, 1890.
- Carmalt.** — *Medical Times*, 1886, XLIII, p. 532.
- Chaput.** — Cholécystostomie. *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 1890, p. 270.
- Clarke (J. M.).** — Hydrops vesicæ felleæ; pyloric obstruction aspiration of gallbladder; relief of symptoms. *Lancet*, London, 1883, II, 616.
- Colzi (F.).** — Idrope della cistifellea; colecistostomia guarigione. In his: *Resoc. d'op., seg. in Clin. chir. in Firenze*, 8°, 1892, 74.

- Cotte (Gaston).** — *Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses complications.* Thèse de Lyon, juillet 1908.
- Courmont (J.), Durand, Chaliér.** — Tumeur périgastrique. Radiographie. Opération. Hydropisie de la vésicule. *Lyon Médical*, 21 mai 1907.
- Courvoisier-in-Roth (Théophile).** — *Zur Chirurgie der Gallenwege*, Inaug. Dissert. Basel, 1885.
- Delagenière (H.).** — Statistique des opérations faites sur les voies biliaires principales pour complications de la lithiase biliaire. *Arch. Méd. d'Angers*, 1908, XII, 368-375.
- Delbet (Pierre).** — Sur certaines particularités des voies biliaires. *Bull. Société de Chirurgie*, 1905, p. 1026.
- Delbet (Paul).** — *Société anatomique*, 4^{re} mars 1907.
- Denucé.** — Hydropisie de la vésicule. Cholécystostomie idéale. Communication à la *Société de médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 17 octobre 1902.
- Denucé.** — *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire.* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- Doyen.** — *Archives provinciales de chirurgie*, 1892, p. 166.
- Duplay et Reclus.** — *Traité de chirurgie.*
- Dupré.** — Thèse d'agrégation, Paris, 1891.
- Deville.** — In *Bull. Soc. Anat.*, 21^e année, p. 242.
- Dixon (E. L.).** — Tapping the gallbladder. *Practitioner*, London XVI, 301.304, 1876.
- Ehrardt.** — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de la lithiase biliaire. 36^e *Congrès allemand de Chirurgie*, Berlin, 1907.
- Erdmann.** — Ein Fall von colossalem « Hydrops vesicæ felleæ ». *Arch. f. path. Anat.*, Berlin, 1868, XLIII, 289-291.
- Fauconneau-Dufresne.** — *Traité de l'affection calculieuse du foie et du pancréas*, Paris, 1851.
- Frerichs.** — *Traité des maladies du foie*, Paris, 1866.
- Freg (J. E.).** — Dropsy of the gallbladder. *N. Albany M. Herald.*, 1897, XVII, 169-171.
- Gouilloud.** — Hydropisie de la vésicule. Cholécystectomie sous-séreuse. *Lyon Médical*, 1905.
- Grandchamp.** — Ossification de la vésicule. In *recueil périodique de la Société de santé de Paris*, t. I, an V de la République, p. 268-273.
- Gregor.** — *Annals of Surgery*. Philadelphie, 1897, t. XXVI, p. 284.
- Gubler (A.).** — Hydropisie de la vésicule. Analyse par Quévenne. In *Comptes rendus et Mém. de la Soc. de biologie*, Paris, 1850.
- Guéniot.** — *La lithiase vésiculaire, ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical.* Th. Paris, 1903.

- Hartmann.** — Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires. *Bull. Soc. Anat.*, 1891, t. LXVI, p. 480-500.
— *Bull. Soc. de Chir.*, 1905.
- Hernette.** — *Sur les résultats immédiats et éloignés de la cholécystostomie et de la cholécystectomie*, Paris, 1907.
- Herz.** — *Berl. klin. Wochensch.*, avril 1872.
- Hofmohl.** — Fall von Cholecystotomie wegen Hydrops der Gallenblase in Folge von Gallensteinen. *Anz. d. R. R. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 1884-85, 321-323.
- Hohnbaum.** — Hydrops cystidis felleae. *Med. Couvers.*, Bl. Hildburgh, 1831, II, 185-190.
- Janowski.** — Ueber die pathologische Wirkung der Steine in den Gallenwegen. *Ziegler's Beiträge zur pathologischen Anatomie*, Bd. X, Hft. 5. 1891.
- Kehr.** — Die résultats von 360 Gallenstein Laparotomie. *Sammlung klin. Vort.*, 1898, n° 25, p. 1145-1173.
- Kehr.** — *Drei Jahre Gallensteinchirurgie*, Munich, 1908.
- Korte (W.).** — Ueber die Chirurgie der Gallenwege und der Leber. *Sammlung klin. Vort.*, 1892, p. 213-274.
- Krœnlein.** — *Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1886, n° 8.
- Labbée (E.).** — Hydropsie de la vésicule biliaire. *Bull. Soc. Anat.*, 1863, p. 257-259.
- Lapointe et Raymond.** — Le cancer du canal hépatique et du confluent hépato-cholédoco-cystique. *Arch. gén. Chir.*, mars-avril 1908.
- Lava (G.).** — Contributo alla eziologia della cistefellea comprimente il colon transverse. *Giorn. d. r. Accad. d. med. di Torino*, 1891, 3 s., XXXIX, 940-951.
- Lawson-Tait.** — Case of cholecystostomy performed for dropsy of gallbladder, due to impaction of a gallstone. *Med. Times and Gaz.*, II, 597, 1879.
- Leared.** — Dropsy of the gallbladder an cancer of the duodenum and lung. *Trans. Path. Soc.*, London, 1807-8, XIX, 251.
- Leotta (N.).** — Sur un caso di voluminosa idrope della cistefellea.... *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1907-8, XXXIV, 84-99.
- Leonte.** — *Congrès de Chirurgie* 1892, p. 165-167. *Ibid.*, p. 623.
- Le Lionnais.** — *Quelques considérations sur les difficultés du diagnostic des tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire*. Th. Paris, 1896.
- Le Dentu et Delbet.** — *Traité de chirurgie*.
- Leroy.** — *Petit Echo médical du Nord*, 1907.
- Liebold.** — In KEHR, *Drei Jahre der Gallensteinchirurgie*. Munich, 1908.
- Linder.** — Hydropsie de la vésicule biliaire. Ectomie. *Berlin. klin. Woch.*, mars 1892.

- Luis Bottaro.** — Hydropisie de la vésicule... Ectomie. *Revista medica*, juin 1905.
- Maggiolo (A.-C.).** — Sobre las dilataciones de la vesicula biliar. *Rev. med. d'Uruguay*. Montevideo, 1903, VI, 133 ; 183 ; 217.
- Marteau.** — Dilatation énorme de la vésicule. Calculs et matière lymphatique. In *Journ de Roux*, janvier 1768, t. XXVIII, p. 328-333.
- Mariotte.** — *Brit. med. Journ.*, janvier 1890.
- Matlakowski.** — *Gazeta Lekarska*, 1891, 25, p. 481 ; 26, p. 505.
- Mayo Robson.** — *Medical Times*, oct. 1885, p. 617.
— *Clinical Society of London*, 1885.
— *Diseases of the gallbladder and bib ducts including gallstones*. New-York, 1900.
- Meredish.** — Case of cholecystotomy of dilatation due to impacted calculi. *British med. Journ.*, 1885, t. I, p. 431.
- Milhiet.** — *De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire*. Th. Paris, G. Steinheil, 1902.
- Mocquot.** — *L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires*. Th. Paris, 1909.
- Monod (Ch.).** — Hydropisie de la vésicule biliaire prise pour un kyste de l'ovaire. *Bull. Soc. Chir.*, p. 522, 1899.
- Morin (A.).** — *Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire*. Th. Paris, 1894.
- Morvay.** — Hydrops vesicæ felleæ. *Pest med. chir. Presse*, Budapest, 1884, t. XX, p. 648.
- Naumann (G.).** — Cholelithiasis et hydrops vesicæ felleæ. *Hygna*, Stockholm, 1896, LVIII, 2, 197.
- Nuvoli (G.).** — Dell'idrope della cistefell. *Sperimentale*, Fuenze, 1890, t. LXVI, p. 470-482.
- Ohage.** — *Medical News*. Philadelphie, 19 février 1895.
- Osler.** — Tapping the gall bladder. *Med. News*. Philadelphie, 1882, t. XLI, p. 580.
- Ozenne.** — Hydropisie de la vésicule... etc. *Journal de médecine de Paris*, 1898, 20, t. X, p. 418.
- Pauchet (V.).** — *Chirurgie des voies biliaires*, Paris, 1900.
- Périer.** — *Bull. de l'Ac. de Méd*, 10 octobre 1890.
- Peugniez (P.).** — Trois cholécystectomies. *Gaz. Méd. de Picardie*, Amiens, 1900, t. XVIII, p. 48-61.
- Pollosson.** — Hydropisie calculeuse de la vésicule biliaire. *Lyon Médical*, 1908, t. CX, p. 1195-1198.
- Poljakoff.** — *Meditsinskago Obshestva*. Moskou, 1890, t. XXXIV, p. 679.
Central. f. Clir., 1892.

- Popp (O.).** — *Drei Falle von Hydrops der Gallenblase.* Inaug. Dissert. Erlangen, 1894.
- Rendu.** — Hydropisie de la vésicule biliaire. *Ann. de méd. scient. et pat.*, Paris, 1893, t. III, p. 369-374.
- Renaut (J.).** — *Traité d'histologie pratique*, Lyon, 1892.
- Reynier.** — *Bull. Soc. Chir.*, 1897, p. 805.
- Rheinstein.** — Diagnostic des affections des voies biliaires. *Soc. méd. de Berlin*, 21 octobre 1891, *Méd. mod.*, 1891, p. 759.
- Rotttemberg.** — Ein Fall von Gallenblasencyste. *N. Y. med. Presse*, 1885-6, t. I, 66 ; III.
- Routier.** — *Soc. Chir.*, 21 novembre 1906.
- Savage.** — *Revue des Sciences Médicales*, t. XXVI, 1855, p. 236.
- Schwartz.** — *Chirurgie du Foie*, 1901.
- Schieffer (F. J.).** — *De hydropæ vesiculæ felleæ.* Inaug. Dissert. Berlini (1829).
- Schütz.** — Zur Casuistik des Hydrops cystidis folleæ. *Wien. med. Presse*, 1896, t. XXXVII, p. 444-447.
- Sébastien (A. A.).** — *De hydropæ vasiculæ felleæ.* Inaug. Dissert. Herdelbergæ, 1827.
- Sims (J. M.).** — Cholecystotomy in diopsy of the gallbladder. *Brit. Med. Journ.*, London, 1878, t. I, p. 811-815.
- Sollmann (T.).** — Analyses of the fluids from two cases of hydrops cystivis felleæ, *Ann. Med.*, Phila. 1903, t. V, p. 416.
- Soumé Moret.** — In *Bull. Soc. Anat.*, t. X, p. 68.
- Staude.** — *Société d'Obstétrique Hambourg*, 17 février 1903.
- Terrier.** — *Progrès Médical*, 18 août 1888. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1890. *Bull. Ac. de Méd.*, 1890, p. 379, 395, 863, 872, 831.
- Terrillon.** — Hydropisie de la vésicule biliaire. *Progrès médical*, Paris, 1889-9, t. IX, p. 328.
- Tuffier.** — Epithélioma du confluent cystico-hépatique. *Bull. Soc. Chir.*, 1906, p. 256.
- Vignard.** — Hydropisie de la vésicule. *Société médico-chirurgicale des hôpitaux*, 9 juin 1904.
- Yong (J.).** — On account of an hydropical case with the gallbladder very much distended. *Phil. Tr.*, 1700-20, 2^e éd. Lond. 1731, t. V, p. 287.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
Historique	9
Etiologie	16
Anatomie pathologique	18
Pathogénie	32
Symptomatologie	36
Diagnostic	45
Traitement	53
OBSERVATIONS	59
STATISTIQUE	125
CONCLUSIONS	127

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)